Savaete.

à Mon bon ami ~~[illegible]~~

témoignage de vive sympathie et d'amitié

V. Savaète

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE,

Présentée et soutenue le 10 *avril* 1847,

Par Louis-Prudent SAVAETE,

né à Caestre (Nord),

DOCTEUR EN MÉDECINE,

DU

CANCER DU RECTUM.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS.

RIGNOUX, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE,
rue Monsieur-le-Prince, 29 *bis*.

1847



FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Professeurs.

M. ORFILA, DOYEN.	MM.
Anatomie	DENONVILLIERS.
Physiologie	P. BÉRARD.
Chimie médicale	ORFILA.
Physique médicale	GAVARRET.
Histoire naturelle médicale	RICHARD.
Pharmacie et chimie organique	DUMAS.
Hygiène	ROYER-COLLARD.
Pathologie chirurgicale	MARJOLIN. GERDY aîné.
Pathologie médicale	DUMÉRIL. PIORRY.
Anatomie pathologique	CRUVEILHIER, Examinateur.
Pathologie et thérapeutique générales	ANDRAL.
Opérations et appareils	BLANDIN.
Thérapeutique et matière médicale	TROUSSEAU.
Médecine légale	ADELON.
Accouchements, maladies des femmes en couches et des enfants nouveau-nés	MOREAU.
Clinique médicale	FOUQUIER. CHOMEL. BOUILLAUD. ROSTAN.
Clinique chirurgicale	ROUX. J. CLOQUET. VELPEAU, Président. ....
Clinique d'accouchements	P. DUBOIS.

Agrégés en exercice.

MM. BARTH, Examinateur.
BEAU.
BÉCLARD.
BEHIER.
BURGUIÈRES.
CAZEAUX.
DUMÉRIL fils.
FAVRE.
L. FLEURY.
J.-V. GERDY.
GIRALDÈS, Examinateur.
GOSSELIN.

MM. GRISOLLE.
MAISSIAT.
MARCHAL.
MARTINS.
MIALHE.
MONNERET.
NÉLATON.
NONAT.
SESTIER.
A. TARDIEU.
VOILLEMIER.

Par délibération du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON EXCELLENT PÈRE.

Dévouement sans bornes.

AUX MANES

DE MA MÈRE.

Regrets éternels !

L.-P. SAVAETE.

DU

CANCER DU RECTUM.

Historique.

Les anciens auteurs ne se sont pas occupés de ce genre d'affection, ou ils en ont dit peu de chose.

Avicenne, Guy de Chauliac, semblent l'avoir connue, mais d'une manière obscure et sans avoir eu une juste idée de sa gravité.

On trouve dans quelques écrits postérieurs des renseignements plus satisfaisants.

Au 17e siècle, Wiseman, plus tard Valsalva, dans ses *Adversaria*, Ruysch, obs. 95, Morgagni, *de Adstrictione ani*, signalent la rétention des matières fecales comme effet du rétrécissement du rectum, mais ils ne distinguent pas la nature de la dégénérescence cancéreuse.

Dionis, dans son *Cours de médecine opératoire*, parle de fongus malins développés dans le rectum sous l'influence d'un commerce infâme, et traités dans un hôpital spécial à Rome.

Les dénominations vagues de *mal de saint-Fiacre*, *proctostenia*, *stenochoria intestinorum*, *alvi obstructio*, *clausura*, *obstipatio*, sont également appliquées, sans distinction de siége et de nature, aux accidents de l'obstruction intestinale. Enfin, sous le nom de *squirrhe*, *squirrhosités du rectum*, Desault, dans son *Journal de chirurgie*, a embrassé des affections différentes.

Cette confusion a fait naître les opinions les plus dissidentes sur le traitement et le pronostic du cancer du rectum.

C'est aux mémorables travaux de Bayle, dans son traité sur les ma-

ladies cancéreuses, qu'on doit la séparation du cancer du rectum des maladies de la même région qui peuvent le simuler.

Cullerier, Boyer, Richerand, Delpech, ont aussi répandu quelque jour sur cette affection.

MM. Récamier et Andral, dans leurs recherches, en ont fait l'objet de judicieux développements, et ont élucidé les principaux points de son histoire.

M. Lisfranc est le premier qui ait tenté la cure radicale par l'extirpation de la partie inférieure, donné les considérations anatomiques qui légitiment cette tentative, et tracé le manuel opératoire. (Thèse de M. Pinault, août 1829.)

Depuis cette époque, le cancer du rectum a vivement occupé l'attention des chirurgiens et des médecins; il a donné lieu à plusieurs articles, communications, mémoires, monographies, où MM. Velpeau, Malgaigne, Amussat, Cruveilhier, Bégin, et Vidal (de Cassis), ont étendu le champ de l'observation et mis dans tout son jour la pathologie du cancer rectal.

C'est à la source de ces documents que je puiserai les vérités et les enseignements qui pourront ressortir de mon travail.

Synonymie.

Cette maladie est encore désignée par les auteurs sous les noms suivants : *squirrhe*, *carcinome*, *cancer encéphaloïde*, *cancer gélatiniforme ou colloïde*, *cancer hypertrophique*, *cancer atrophique*, *fungus*, *ulcère cancéreux du rectum*. Ce sont autant d'expressions d'un état morbide identique dans sa nature, variable dans ses formes, ses périodes et ses conditions d'activité.

Définition.

Le cancer du rectum consiste dans le développement, en un point de cet intestin, d'un tissu accidentel, hétérogène, que les anatomo-

pathologistes d'abord, les micrographes ensuite, ont désigné comme type du cancer en général.

J'ai à considérer cette affection sous le rapport des désordres inhérents à sa nature et sous le rapport du dérangement fonctionnel du rectum.

Au premier point de vue, c'est une dégénérescence redoutable, qui dénature tous les tissus envahis, se les assimile par une activité spontanée, se régénère quand elle est détruite, et par la voie de la circulation, peut se reproduire dans toutes les parties de l'économie animale, qu'elle mine et épuise incessamment, et où elle ne tarde pas à tarir toutes les sources de la vie.

Au second, elle amène une difficulté, un obstacle plus ou moins complet à l'excrétion des matières fécales, par le rétrécissement qu'elle fait subir au calibre de l'intestin, ou donne lieu à un dévoiement abondant et continuel provoqué par les ulcérations et les fongosités dont la membrane muqueuse devient le siége.

Pour mettre de l'ordre dans l'exposé du cancer du rectum et éviter les répétitions fréquentes, j'examinerai successivement :

1° Les conditions favorables à son développement : *Étiologie;*

2° Les modifications, les changements de sa structure et de ses rapports avec les autres organes du bassin : *Anatomie pathologique;*

3° L'ordre et la succession des phénomènes de la maladie : *Symptomatologie;*

4° Les signes qui la caractérisent : *Diagnostic;*

5° La terminaison probable de l'affection : *Pronostic;*

6° Les moyens propres à soulager ou à guérir la maladie : *Traitement.*

1° ÉTIOLOGIE.

Avant d'entrer dans l'examen des causes qui favorisent le cancer du rectum, il conviendrait d'établir sa fréquence relative au cancer des autres organes; mais les documents sont insuffisants pour faire une

statistique, même approximative. Sans aucun doute, il est moins fréquent que celui des mamelles chez la femme, et celui du testicule chez l'homme; moins fréquent que celui du foie et de l'estomac, plus fréquent que celui du cerveau ou des poumons.

Cependant, le cancer du rectum n'est pas une maladie rare, quand on fait entrer en ligne de compte les cancers consécutifs du rectum venus par voie de propagation de la vessie, des grandes lèvres, du vagin et de l'utérus, et vraisemblablement aussi diverses altérations méconnues et signalées comme rétrécissements.

Sexe. — Le sexe n'a pas d'influence sensible sur la production du cancer. Desault, Copeland, M. Cayol et M. Vidal (de Cassis), le croient plus commun chez les femmes. Ce dernier auteur appelle l'attention sur la connexion plus intime des organes génito-urinaires chez la femme, sa constipation habituelle, le flux menstruel, la gestation, l'accouchement laborieux, qui déterminent la compression des veines hémorrhoïdales et un afflux sanguin plus considérable vers le rectum. Cullerier et Boyer le croient plus fréquent chez les hommes. Desault avait évalué qu'il y avait dix cas chez les femmes pour un chez l'homme; les relevés de la Pitié constatent chez les femmes quinze cancers du rectum sur dix-neuf. Selon la plupart des auteurs, la proportion est à peu près la même pour les deux sexes, et on a exagéré sa fréquence chez les femmes, parce qu'elles y sont particulièrement sujettes, à l'époque de l'aménorrhée critique.

Age. — Le cancer du rectum apparaît ordinairement dans l'âge mûr; cependant il se montre quelquefois dans la jeunesse. Chez la femme, il se déclare dans les limites de trente à quarante-cinq ans; chez l'homme, de cinquante à soixante et dix.

Hérédité. — L'hérédité a été fréquemment invoquée comme cause prédisposante. Bayle, M. Tanchou, MM. A. Bérard et Maslieurat-Lagémard, citent chacun un cas où des personnes de la même famille

étaient mortes d'une affection cancéreuse. En tenant compte de ces faits, il faudrait en réunir un grand nombre de nouveaux pour admettre une influence bien démontrée.

Parmi les prédispositions, on range encore l'abus des purgatifs, des astringents, les affections dartreuses, scrofuleuses, rhumatismales et la goutte. La suppression subite d'une dartre ancienne et très-étendue donna lieu à un cancer du rectum chez un seigneur allemand (Simon Schultz). Valsalva, Morgagni, Desault, rapportent aussi des exemples où la disparition d'une évacuation habituelle fut suivie de ce cancer.

La vie sédentaire, les occupations qui exigent une station assise habituelle, la constipation, qui en est souvent l'effet, n'ont pas paru étrangères à son développement.

Ancelin a fait remarquer que la courbure du rectum au niveau de l'angle sacro-vertébral rend cette partie de l'intestin plus sensible aux pressions et meurtrissures produites par le passage des matières fécales durcies, et a mis sur le compte de cette disposition anatomique la fréquence plus grande des lésions organiques de son extrémité supérieure.

Cette prédisposition de la partie supérieure semble confirmée par un ordre d'idées bien différentes, je veux parler de l'existence du sphincter supérieur annoncé par M. O'Beirne, démontré par MM. Nélaton et Velpeau. Cet anneau musculaire, qui maintient les matières fécales dans l'S iliaque du colon par sa contraction normale, et en régularise la descente dans le rectum, cet anneau, dis-je, est le point sur lequel les matières durcies s'arrêtent et produisent à la longue une irritation de la muqueuse, qui se congestionne, s'hypertrophie et contracte une lésion organique, dont la dégénérescence cancéreuse peut s'emparer, surtout chez un sujet avancé en âge.

Un mémoire de M. Bégin, sur les maladies graves de l'anus et du rectum, met en relief, avec autant de précision que de vérité, toutes les conditions favorables de cet intestin au développement des maladies organiques : voici comment M. Bégin s'exprime dans ses considérations préliminaires.

« Il est un fait à la fois curieux et important en physiologie pathologique ; c'est que, de toutes les parties du canal alimentaire, celles qui présentent des rétrécissements sont le siége le plus ordinaire des altérations les plus graves. Sur ces points rétrécis, on observe des vaisseaux plus nombreux, une sensibilité plus vive, des follicules plus développés, une texture plus épaisse, une organisation plus compliquée; là existent des points d'arrêt nécessités par les élaborations qui doivent s'opérer immédiatement au-dessus; là s'exercent des frottements plus rudes, et quelquefois une sorte d'action élective organique qui accorde ou refuse le passage aux substances étrangères, selon les qualités qu'elles possèdent ou qu'elles ont acquises. S'agit-il d'inflammations aiguës ? les endroits que j'indique sont ceux où elles se développent avec une manifeste prédilection, et se présentent avec le plus d'intensité, ou accompagnées de symptômes spéciaux, ordinairement graves. Est-il question de phlegmasies chroniques, ou de ces irritations qui, après avoir envahi de grandes surfaces, se limitent et se concentrent sûr certaines parties? soyez assurés que vous les trouverez encore presque toujours dans les régions que je signale, déterminant les altérations de structure, les désorganisations profondes, les créations des produits morbides variés, qui sont si souvent le désespoir du médecin.

« Ces points culminants en pathologie, si l'on peut s'exprimer ainsi, sont l'isthme guttural, l'entrée de l'œsophage, le cardia, le pylore, les environs de la valvule iléo-cœcale, enfin la partie inférieure du rectum et de l'anus. Étudiez les observateurs, ouvrez les cadavres, et vous trouverez que la très-grande majorité des affections morbides, et surtout des maladies chroniques du canal alimentaire, ont sur ces points leur origine et leur siége principal ou exclusif.

« La terminaison inférieure du gros intestin et l'ouverture qui lui fait suite sont pourvues de toutes les conditions qui doivent rendre leurs lésions à la fois très-fréquentes et très-graves. Un double anneau musculeux entourant l'anus, ne s'entr'ouvrant que par le développe-

ment de puissances supérieures; des follicules muqueux considérables destinés à favoriser le glissement des matières à expulser; une sensibilité vive souvent mise à l'épreuve; des vaisseaux artériels multipliés, et des veines formant un plexus parfois énorme; un réservoir où s'accumulent des substances irritantes par leur volume, leur consistance ou leur composition; dans les deux sexes, le voisinage de la portion la plus active des organes génito-urinaires, dont les excitations, les congestions ou les altérations pathologiques s'étendent facilement aux organes contigus; enfin, les efforts de la toux, de la voix, des grands mouvements musculaires, qui retentissent sur la région anale, la pressent et y retiennent le sang veineux : telles sont non pas toutes (leur énumération m'entraînerait trop loin), mais les principales circonstances de structure, de connexions et de fonctions, qui rendent le rectum et l'anus si importants en pathologie.

« Ces considérations ne pouvaient manquer de frapper les esprits et d'exciter l'attention des observateurs. Aussi, plusieurs des maladies de la portion terminale du tube digestif, considérées autrefois comme assez rares, parce qu'elles n'étaient qu'imparfaitement connues, ont-elles été plus attentivement étudiées pendant les vingt dernières années, et sont-elles devenues depuis quelque temps l'objet d'un intérêt général. »

Je mentionnerai encore, d'après les auteurs, une influence plus prochaine et plus immédiate dans la formation du cancer du rectum : ce sont les diverses maladies chroniques, et en particulier les tubercules lymphatiques et syphilitiques, les polypes, les tumeurs hémorrhoïdales extirpées, les intumescences et les déchirures produites par la sodomie ou par l'introduction fréquente d'un corps étranger.

Selon Desault et plusieurs observateurs, ces lésions, aggravées par le défaut de soins, par un mauvais traitement, deviennent le siége d'un ulcère sordide, dur et calleux, qui est le principe de la dégénérescence cancéreuse.

Cette transformation de l'ulcère chronique en ulcération cancéreuse est un point d'étiologie très-important, qui soulève des dissidences.

MM. Lisfranc, Pinault et plusieurs auteurs l'admettent. M. Vidal (de Cassis) déclare ne l'avoir jamais rencontrée; M. Laugier est du même avis, et ne reconnaît aucune observation assez complète pour prouver cette métamorphose.

Enfin, toutes les causes citées dans ce chapitre sont tout au plus prédisposantes, indirectes, tandis que la cause déterminante reste inconnue dans le cancer du rectum, comme dans le cancer des autres organes. Connue seulement par ses effets, elle se décèle par l'évolution spontanée d'un tissu accidentel, qui a la fatale propriété de s'accroître aux dépens de tous les tissus, de les convertir en sa propre substance, et quand on est parvenu à le détruire, de se régénérer le plus souvent et de repulluler dans les organes les plus éloignés. C'est, en un mot, une cause spéciale, une influence latente, qu'on a appelée *diathèse cancéreuse*, et qui souvent seule paraît présider au développement de la maladie.

2° Anatomie pathologique.

Le cancer se montre au rectum sous trois états différents : ce sont le squirrhe, le cancer encéphaloïde, le cancer colloïde ou gélatiniforme. Une quatrième variété, qui n'est pas généralement adoptée, serait l'ulcère cancéreux primitif, analogue à celui qu'on voit survenir aux lèvres et à la peau de la face. Cette forme doit être excessivement rare au rectum, si la transformation de l'ulcère chronique en ulcère cancéreux est impossible.

Il est à remarquer que l'isolement de ces variétés du cancer est rare sur le cadavre. Lorsque le malade succombe à la dernière période du mal, presque toujours ces formes sont combinées, leurs produits sont mélangés et confondus, de manière qu'à l'autopsie, le rectum offre la réunion de leurs éléments et de leurs caractères anatomiques divers.

Le cancer peut se déclarer sur tous les points du rectum indistinctement, et occuper soit la partie inférieure, soit la partie supérieure, ou bien la partie moyenne de cet intestin. C'est aux deux extrémités

qu'est son siége le plus fréquent. Dans ces trois portions, il peut occuper les couches antérieures, postérieures ou latérales du rectum. Mais s'il est ainsi limité au début, il ne reste presque jamais stationnaire, et ses progrès s'étendent dans tous les sens, envahissent l'intestin tout entier et se propagent même aux organes voisins.

Le squirrhe est tantôt unique, tantôt multiple. Unique, il se présente sous la forme d'une plaque indurée, arrondie ou irrégulière, sous celle d'un segment de cercle ou d'un anneau complet. Sa consistance est quelquefois très-grande, et on trouve des plaques dures comme le cartilage ou le bois, semblables à celles qui se montrent autour des mamelles cancéreuses de la femme. Les plaques s'accroissent insensiblement et envahissent une grande partie, quelquefois la totalité de la circonférence de l'intestin ; leur épaisseur augmente également, de sorte qu'elles forment toujours une saillie dans l'intérieur du rectum et rétrécissent son calibre : lorsqu'un quart, la moitié, les trois quarts de la circonférence sont envahis par le squirrhe, le rétrécissement devient considérable ; dans les cas où le bourrelet cancéreux est annulaire, les effets de la coarctation se prononcent de bonne heure. Le squirrhe est-il multiple, on rencontre plusieurs plaques, plusieurs points indurés disséminés dans la couche cellulaire sous-muqueuse, ou dans les différentes tuniques du rectum, qui semble être farci d'un semis cancéreux. Par les progrès de ces tumeurs, il peut se former plusieurs rétrécissements successifs, de sorte que le rectum est converti en un canal tortueux, exigu, insuffisant à l'expulsion des matières fécales. La coupe d'une tumeur squirrheuse, à l'état de crudité, offre l'aspect d'un tissu homogène, ferme, résistant, semblable à la couenne du lard et criant sous le scalpel. Les progrès du squirrhe sont plutôt lents que rapides ; dans quelques cas, il demeure longtemps stationnaire et occasionne peu de troubles : dans la disposition annulaire, néanmoins, l'expulsion des matières fécales durcies est presque toujours impossible ou incomplète.

Tel est ordinairement l'aspect du squirrhe dans la première période, c'est-à-dire quand il n'est pas encore ramolli et ulcéré. Comme

son siége se trouve à peu près constamment dans le tissu cellulaire sous-muqueux, il soulève et fait bomber la muqueuse à l'intérieur du rectum, la distend et l'use progressivement. D'autres fois, la muqueuse résiste à l'accroissement de la tumeur. tant qu'elle reste à l'état de crudité; mais dès qu'elle se ramollit et se fond, la membrane est rompue, et il en résulte une ou plusieurs ulcérations. Celles-ci présentent alors une surface grisâtre, sanieuse, couverte d'un ichor fétide, quelquefois parsemée d'excroissances dures ou molles, livides ou blafardes, saignant au moindre attouchement. Les bords de ces ulcères sont durs, calleux et fortement renversés en dedans. A l'autopsie d'un malade mort d'un cancer du rectum, probablement héréditaire, « Bayle divisa l'intestin dans toute sa longueur par une section longitudinale, et trouva qu'il avait près de l'anus une épaisseur de 80 millimètres, tandis qu'à sa partie supérieure il offrait à peine un surcroît d'épaisseur et d'induration. Partout on pouvait reconnaître trois couches bien distinctes.

« 1° Une substance lardacée placée à l'extérieur;

« 2° Une substance d'un gris-blanc un peu azuré, plus ferme que le tissu lardacé et qui avait un peu l'apparence du tissu cartilagineux.

« 3° Une substance plus blanche et presque d'un blanc de lait dans plusieurs endroits.

« La substance lardacée paraissait formée par une dégénération du tissu cellulaire; la substance cartilagiforme paraissait une transformation de la membrane musculaire, et la substance blanche paraissait être la membrane muqueuse dégénérée. Dans les endroits les plus épais, la substance lardacée avait près de deux travers de doigt, la substance cartilagiforme au moins 13 à 18 millimètres, et la substance blanche 9 à 13 millimètres. De cette dernière, on voyait dans la moitié supérieure du rectum s'élever des excroissances lenticulaires, pisiformes, molles, rougeâtres ou noirâtres à leur surface, blanches à l'intérieur, qui étaient parcourues par de nombreux vaisseaux capillaires sanguins, et rendaient ce tissu semblable à la substance cérébrale chez les très-jeunes sujets. Dans les 80 millimètres,

inférieurs du rectum, il n'y avait pas d'excroissances; tout le tissu paraissait uniformément ulcéré; il y avait plusieurs fissures ulcéreuses bien marquées et des restes d'excroissances aplaties.

« Une matière purulente, sanieuse et fétide, tapissait toute la surface intérieure du rectum, qui était marbré de diverses couleurs, rouge, noire, blanche, brune, irrégulièrement distribuées. »

Le cancer encéphaloïde se présente sous forme d'une ou plusieurs végétations à base large ou pédiculée, développées à la surface de la membrane muqueuse. D'autres fois, ce sont des tumeurs du volume d'un pois, d'une noisette, d'un marron ou d'un œuf, situées dans la couche de tissu cellulaire sous-muqueux, entre les fibres de la tunique musculaire, ou bien dans le tissu cellulaire extérieur qui enveloppe le rectum. Les excroissances pédiculées et flottantes dans l'intestin diminuent beaucoup sa capacité, et sont difficiles à distinguer des polypes. Les tumeurs sont disséminées ou agglomérées dans les tissus du rectum. Elles forment, dans le premier cas, des inégalités ou un relief facile à reconnaître par le toucher quand elles sont à la portée du doigt; dans le second, elles présentent une surface bosselée, divisée par des lobes saillants, séparée par des anfractuosités; le doigt leur trouve une résistance ferme et un peu élastique. Ces tumeurs forment quelquefois des masses agrégées du volume du poing et même d'un œuf d'autruche. L'accroissement rapide des productions encéphaloïdes donne lieu à un rétrécissement plus prompt, plus considérable du rectum, à une suspension ou une interruption plus grave de ses fonctions. D'un autre côté, la vascularité de ces tumeurs et leur tendance au ramollissement produisent de bonne heure des ulcérations étendues, fongueuses, crevassées par des fissures profondes, couvertes de bourgeons livides, friables, à bords durs, inégaux, renversés. La surface sécrète une matière sanieuse, ichoreuse, qui s'écoule incessamment par l'anus, et est le siége d'hémorrhagies fréquentes et abondantes.

Le cancer gélatiniforme ou colloïde est considéré par quelques auteurs comme une nuance du cancer cérébroïde ramolli, et ne forme

pas une espèce distincte. Sans me préoccuper de ce point litigieux, je ferai connaître les particularités curieuses de ce cancer, que M. Cruveilhier a trouvées à l'autopsie d'une vieille femme.

« Le rectum présentait, à une petite distance de l'orifice anal, une ulcération en forme de zone ; elle était profonde, avait détruit toute l'épaisseur du rectum dans une partie de sa circonférence, et communiquait avec des clapiers qui pénétraient jusque dans l'épaisseur de la peau dégénérée qui avoisinait l'anus.

« La dégénérescence, qui avait donné au rectum une énorme épaisseur, s'arrêtait brusquement à 80 millimètres de l'anus. Immédiatement au-dessus, le rectum présentait une hypertrophie considérable dans sa membrane musculaire. Cette dégénération, qui avait tous les caractères du cancer gélatiniforme, m'a offert dans ses deux tiers supérieurs une disposition que je n'avais point encore rencontrée. Qu'on imagine une multitude d'acéphalocystes d'inégal volume, dont quelques-unes avaient le développement d'un œuf de pigeon, fortement pressées les unes contre les autres et contenues dans une trame fibreuse, et on aura une idée assez exacte de cette altération ; mais ce n'étaient point des acéphalocystes.

« L'enveloppe de chaque kyste était fibreuse, très-dense et très-mince ; la matière contenue tout à fait semblable à de la gelée de pommes, à la surface de laquelle se voyait une matière crétacée représentant exactement, pour l'aspect, la matière crétacée qui recouvre les excréments des oiseaux. Cette matière crétacée contenait des concrétions ou grains calcaires. Au centre de la matière gélatiniforme, se voyaient deux vaisseaux sanguins semblables à ceux qui se forment dans le germe du poulet, vaisseaux sans parois, terminés par un renflement à l'une de leurs extrémités. La trame fibreuse au milieu de laquelle étaient contenus ces kystes était évidemment constituée par les membranes du rectum. J'y ai reconnu les fibres longitudinales de cet intestin. On y voyait, en outre, du tissu adipeux, preuve évidente que ces kystes avaient acquis leur développement du côté du tissu adipeux du bassin.

« Le tiers inférieur du rectum ne présentait pas le moindre vestige de kystes, mais bien un tissu aréolaire à mailles fibreuses, rempli, comme une éponge, de matière gélatineuse, qu'on exprimait avec la plus grande facilité. Cette dégénération s'étendait dans l'épaisseur de la peau ; une pellicule extrêmement mince, presque épidermique, avait résisté et recouvrait les bosselures de sa surface ; au voisinage de l'ulcération en zone du rectum, la matière gélatiniforme n'avait subi aucun changement, seulement elle était parcourue par un plus grand nombre de vaisseaux sanguins.

« En arrière du rectum était une masse aréolaire gélatiniforme dont toutes les aréoles présentaient des vaisseaux sanguins. » (M. Cruveilhier, *Anatomie pathologique.*)

Enfin la quatrième forme du cancer du rectum, dont l'existence est contestée, est désignée sous le nom d'*ulcère cancéreux.* Il serait le plus souvent la suite ou la dégénérescence des excroissances syphilitiques, des fissures ou des hémorrhoïdes irritées. Quelquefois il se montre, sous cette forme, à la suite d'un petit bouton ulcéré, comme ceux qu'on voit à la peau de la face, à la muqueuse des lèvres, connu sous le nom de *noli me tangere.* Ces ulcérations se présentent à la marge de l'anus, envahissent la peau et la membrane muqueuse dans une étendue variable. Leur forme est irrégulière, mal circonscrite; les bords en sont renversés en dehors, déchiquetés, livides ou blafards, consistants ou mollasses. Le tissu cellulaire, plus ou moins altéré, forme le fond de l'ulcère. Sa surface est couverte d'une couche putrilagineuse très-infecte, quelquefois parsemée de végétations fongueuses ou lisses, dures ou friables, rouges ou grisâtres, et saignant avec la plus grande facilité.

Lorsque le cancer forme un rétrécissement considérable, le rectum subit presque toujours de grands changements. La partie de l'intestin supérieure à l'obstacle se laisse peu à peu distendre, et acquiert, dans quelques cas, des proportions extraordinaires. Le fait le plus curieux de cette dilatation énorme est l'observation de la maladie du chirurgien de la marine Grabeuil (*obturation membraneuse incomplète du rectum à*

3 *centimètres au-dessus du sphincter anal*), faite par Tuffet. Le rectum, de la capacité d'un gros baril, renfermant 30 kilogrammes de matières pultacées, remplissait presque entièrement la cavité abdominale.

La partie inférieure au rétrécissement se rétracte d'une manière sensible, et dans l'exemple de Talma on voit cette portion du rectum réduite au volume de l'intestin grêle d'un enfant.

Cette diminution n'est pourtant pas constante, car dans le rectum du chirurgien de la marine, la partie inférieure était très-dilatée.

Il n'est pas rare de voir le cancer du rectum s'étendre aux organes voisins, à la vessie et aux vésicules séminales chez l'homme; à l'utérus, au vagin, aux ovaires chez la femme; quelquefois ses ravages ne se bornent pas là et se propagent jusqu'aux parties osseuses, il en résulte la communication des réservoirs par l'ulcération, la destruction complète des cloisons, et l'existence d'un vaste cloaque putrilagineux, ou bien une tumeur énorme, lardacée, parcourue par un canal étroit, irrégulier, d'où suintent continuellement des matières ichoreuses et infectes.

Le siége primitif du cancer du rectum existe sans doute dans le tissu cellulaire sous-muqueux, ou dans les linéaments celluleux, qui unissent les fibres de la tunique musculaire, ou dans la couche cellulaire externe qui double l'intestin; mais avec les progrès de la maladie, le cancer envahit tous les éléments organiques, tous les tissus du rectum et les transforme dans une espèce de gangue lardacée; le suc cancéreux pénètre dans les veines hémorrhoïdales et même dans l'obturatrice.

Les ganglions lymphatiques iléo-lombaires et inguinaux, les ganglions abdominaux et les vaisseaux lymphatiques contiennent également de la matière cancéreuse.

3° Symptomatologie.

Soit que le cancer du rectum s'établisse spontanément, ou soit qu'il succède à une autre affection, il ne tarde pas à produire de la pesan-

teur, du malaise, des cuissons, des tiraillements, ou au moins un sentiment de gêne au fondement du malade: en allant à la selle il éprouve des douleurs, ou rend par l'anus des matières glaireuses, sanguinolentes et quelquefois sanglantes.

Avec les progrès de la maladie le rectum se rétrécit, diminue de calibre sur un ou plusieurs points de ses parois et quelquefois dans une assez grande étendue ; la sortie des matières fécales devient plus difficile, le malade est tourmenté par des borborygmes, par des vents, il a des coliques, des envies continuelles d'aller à la selle, il est obligé de se livrer à des efforts extrêmes pour expulser les matières, et de recommencer à plusieurs reprises sans pouvoir s'en débarrasser complétement. Le besoin de rendre les matières fécales est précédé de coliques: les selles sont toujours accompagnées d'une grande irruption de vents, principalement quand les matières sont liquides.

Tant que le cancer n'offre qu'une induration stationnaire il n'est le siége d'aucune douleur spontanée, et cet état peut se maintenir fort longtemps. A la fin cependant sa présence éveille des douleurs d'abord légères et fort éloignées, puis rapprochées et bien caractérisées ; elles sont quelquefois sourdes, mais bien plus souvent lancinantes et presque intolérables ; quelquefois le rectum devient si étroit en un point de son calibre, que les selles ne peuvent plus passer : quand le rétrécissement acquiert ce degré, il est rare qu'il n'y ait pas d'ulcération.

Lorsqu'il survient de graves accidents avant l'ulcération, ils ne sont pas dus à la nature de la maladie, mais ils dépendent de ses complications et surtout de la rétention des matières fécales : leur séjour prolongé irrite l'intestin, distend l'abdomen, où elles forment des tumeurs, produisent des borborygmes, des coliques, des nausées, des vomissements, et conduisent le malade au marasme et à la mort, si on ne lève pas l'obstacle qui s'oppose à leur sortie. C'est par l'effet de la distension qu'on a vu survenir la rupture des parois intestinales (MM. Cruveilhier, Behier.)

Une terminaison aussi prompte a rarement lieu, parce que les ma-

tières accumulées déterminent une vive irritation sur les parois intestinales, et consécutivement une sécrétion abondante qui les délaye, les liquéfie; elles peuvent alors se frayer un passage à travers un rétrécissement même considérable, mais de vives souffrances accompagnent toujours ce dévoiement.

Lorsque l'étroitesse du rectum n'est pas aussi complète, les matières molles et peu consistantes passent encore à travers l'obstacle comme à la filière, et se présentent au dehors sous la forme rubanée ou cylindrique selon la configuration du rétrécissement, qui leur a servi de moule. On voit alors des malades se priver volontairement de toute nourriture pour se soustraire au supplice de la défécation.

Le rétrécissement n'atteint pas toujours ce degré d'exiguïté, et ne cause plus tant d'angoisses au malade; mais les douleurs finissent toujours par devenir brûlantes, cuisantes, prurigineuses, quelquefois lancinantes; l'anus laisse échapper une grande quantité de matières fétides, séreuses, glaireuses, sanieuses, puriformes ou purulentes, qui se mêlent quelquefois aux évacuations alvines, et tachent continuellement le linge dans leur intervalle. A cette époque, le malade éprouve la plus vive douleur quand on engage le doigt dans l'anus.

Quand on reussit à faire cesser la constipation, la position du malade devient meilleure, mais ce calme n'est pas durable, et bientôt le mal étend ses progrès, le diamètre du rectum se resserre encore davantage.

Lorsque le cancer s'est ulcéré et qu'une grande surface du rectum est ainsi dénudée, il se déclare un dévoiement opiniâtre, douloureux, insurmontable, aussi nuisible que la constipation, quoique beaucoup moins douloureux; aucun soulagement ne peut plus ranimer le malade, qui est pâle, jaunâtre, émacié, languissant, et souvent en proie à des coliques cruelles: cet état est le caractère de la cachexie cancéreuse qui mine le malade à vue d'œil, et le fait périr dans un marasme effrayant au bout de quelques mois ou de quelques semaines. L'ulcère, qui fait des progrès incessants, finit quelquefois, chez les femmes, par ronger la cloison recto-vaginale et forme un cloaque immonde. On

a des exemples d'extension plus grande où le cancer, ayant envahi tous les organes pulviens, s'est propagé aux os mêmes en causant des délabrements effroyables. Vers la fin de la vie, un œdème survient ordinairement aux membres abdominaux et aux parties génitales.

Plusieurs semaines ou plusieurs mois avant la mort, les parties voisines de l'anus présentent souvent des nodosités squirrheuses, des plaques circulaires pareilles à celles qui se montrent autour des mamelles cancéreuses; les douleurs sont très-variables pendant la dernière période de la cachexie: quelques malades souffrent cruellement, d'autres n'ont que des douleurs supportables. Leur mort paraît n'être que le dernier terme de l'épuisement et de la consomption qu'entraîne la nature de la maladie, et non le résultat des lésions fonctionnelles et des douleurs inséparables du rétrécissement rectal, qui n'est pas toujours excessif. Ces dernières victimes dépérissent graduellement, arrivent à l'état cachectique et au marasme, dans lequel ils meurent après quelques douleurs peu vives et une simple diarrhée, qui n'est pas toujours continuelle.

4° Diagnostic.

Les moyens de reconnaître le cancer du rectum sont un peu différents selon la hauteur de son siége, surtout dans sa première période, ce qui me porte à présenter séparément l'étude de celui de la partie inférieure et de celui de la partie supérieure. Quant à celui de la partie moyenne, lorsqu'il est borné, lorsque ses limites, sa consistance, ses formes, peuvent être reconnues par le toucher, au moyen du doigt introduit par le rectum, il entrera naturellement dans la première catégorie. Lorsqu'il sera étendu, lorsque ses limites seront inaccessibles au doigt, il fera partie des cancers de la partie supérieure, avec lesquels il a beaucoup de rapports.

Le cancer inférieur peut être confondu avec les affections suivantes, qui ont le même siége: les hémorrhoïdes, les polypes, les rétrécissements fibreux, les végétations syphilitiques, les abcès, les fissures,

les affections nerveuses, les indurations chroniques, les corps étrangers, le prolapsus de la muqueuse.

J'examinerai ces différentes maladies en tâchant de mettre en relief tout ce qui sera propre à les distinguer du cancer, et leurs caractères positifs et leurs caractères négatifs.

1° *Hémorrhoïdes.* — Les hémorrhoïdes ont une turgescence intermittente, un état inflammatoire, une consistance élastique, qu'on ne saurait confondre avec la tumeur stationnaire ou progressive, dure et lobulée du cancer. Les hémorrhoïdes forment un bourrelet circulaire, qui se laisse déprimer, flétrir et réduire par le toucher; jamais le cancer ne cède sous le doigt et ne s'efface par la pression; à l'état de marisques, les hémorrhoïdes sont indolentes, pédiculées, situées à l'intérieur. Quelquefois les tumeurs hémorrhoïdales sont indurées, ulcérées, comparables aux fongosités cancéreuses; elles sont le siége habituel de douleurs, d'écoulements abondants et de dégénérescences malignes. L'erreur du diagnostic sera alors peu grave, car elles présentent la même indication et exigent la même conduite. L'investigation microscopique sera nécessaire dans ces cas douteux, et pourra lever l'incertitude des praticiens par la présence ou l'absence de la cellule cancéreuse dans les produits de l'écoulement.

En résumé, tuméfaction momentanée suivie d'affaissement; indolence habituelle, à moins d'inflammation, pour les hémorrhoïdes; volume et consistance permanents; douleurs aiguës, subites, en dehors des selles produites par la défécation : tels sont les caractères propres à différencier ces deux affections dans la plupart des cas.

2° *Polypes.* — Rares au rectum, les polypes sont des tumeurs pédiculées, à surface lisse, mobiles, et chassées au dehors pendant la défécation, réductibles et indolentes, ne produisant pas l'induration des parois du rectum, donnant lieu à un écoulement de sang pur ou de sérosité sanguinolente, susceptibles d'être enlevées sans récidive. Le cancer détermine toujours l'induration partielle et souvent complète des parois du

rectum, ne présente d'hémorrhagie qu'après son ulcération, excepté lorsqu'il est compliqué d'hémorrhoïdes toujours faciles à reconnaître. Les végétations fongueuses encéphaloïdes pourraient être prises pour des polypes; mais les premières ont souvent une surface inégale, tandis que celle du polype est unie et lisse; le pédicule du polype est aussi mieux détaché et plus sensible que celui dont les végétations sont quelquefois pourvues. Les polypes à large base insérés sur un épaississement de la muqueuse, comme le cite M. Gerdy, seront difficilement distingués. Le même professeur a trouvé un polype creusé et rempli de matière fécale, exemple qui offre la plus grande analogie avec la tumeur cancéreuse saillante et trouée que mentionne M. Amussat. Dans l'observation de Broussais, une végétation cancéreuse était repoussée hors de l'anus par les efforts de la défécation et se laissait réduire avec facilité, circonstance qui pouvait induire en erreur.

3o *Rétrécissements fibreux.* — Les rétrécissements fibreux suite de la cicatrisation vicieuse d'un ulcère, de la formation de fausses membranes, donnent lieu à la rétention des matières fécales comme le cancer ; mais la tumeur ou les végétations encéphaloïdes ont une forme bien différente. Pour les plaques, l'anneau squirrheux, qui ont la plus grande ressemblance avec le rétrécissement valvulaire, on pourra encore arriver au diagnostic par les antécédents de la maladie. Il faudra tenir compte de l'existence d'une inflammation antérieure du rectum, de la suppuration d'un ulcère, dont la coarctation inodulaire peut expliquer les accidents actuels. Il est vrai que souvent le défaut de renseignements, l'exploration par le toucher, ne pourront lever les doutes sur sa nature, surtout au début, quand il s'agira d'un squirrhe, puisque l'examen après la mort ne peut pas toujours dissiper l'incertitude, comme l'affirme M. Cruveilhier. A la dernière période du cancer, les douleurs instantanées, l'écoulement ichoreux, la fréquence des hémorrhagies, la teinte cachectique, suffiront sans doute pour éclairer le médecin dans le plus grand nombre de cas : mais l'hésitation peut encore se justifier quand on songe à l'incon-

stance de ce cortége symptomatique du cancer et à l'apparition fréquente de l'amaigrissement, de la pâleur et de la souffrance causés par la privation de la digestion chez un malheureux depuis longtemps affecté d'une dégénérescence fibreuse étendue. L'intervention du microscope, si utile entre les mains de MM. Küss et Sédillot pour le diagnostic des tumeurs suspectes, devra encore ici juger en dernier ressort la nature de l'affection.

4° *Excroissances syphilitiques.* — Les excroissances vénériennes bordent ordinairement l'orifice de l'anus; elles sont dures, rugueuses, indolentes, communiquent une forte induration aux parois du rectum, ne tendent pas à l'ulcération, et cèdent facilement à un traitement spécifique convenable, aidé de la dilatation, lorsqu'il y a rétention des matières fécales. Cette infection locale a été considérée comme voisine du cancer et facile à confondre avec lui. Cependant son siége, toujours rapproché de l'anus, l'absence des douleurs lancinantes, du suintement *sui generis,* l'existence antérieure ou actuelle d'un écoulement, d'un chancre, et l'efficacité d'un traitement mercuriel, pourront lever toutes les incertitudes.

5° *Abcès.* — Les abcès du tissu cellulaire qui entourent le rectum exercent quelquefois une compression sur les parois de l'intestin, en déterminent l'épaississement et l'induration, de sorte que le rétrécissement de la cavité et l'obstacle à la sortie des matières peuvent être attribués au cancer. Deux exemples de Duchados, cités par M. Costallat (obs. 2 et 3), et un autre recueilli dans le service de M. Roux par le même auteur (obs. 23), sont des preuves de la possibilité d'une méprise si l'on se contentait d'un examen superficiel. En effet, la dureté de la tumeur dans le principe, sa fluctuation plus tard, ont de l'analogie avec les symptômes du cancer; mais les commémoratifs, les caractères prononcés de l'inflammation des tumeurs chaudes, leur marche aiguë et rapide, enfin les qualités du pus, serviront toujours à les distinguer de la lenteur

progressive des deux périodes du cancer et de la sanie de son ulcération.

6° *Fissures.* — Les fissures causent du prurit, des douleurs vives pendant et surtout après l'évacuation des selles, qui se teignent de sang ; mais l'ulcère existe toujours entre les replis de l'anus ; il a une forme allongée, étroite ; c'est une crevasse qui n'est le siége d'aucune douleur spontanée, subite, irradiée.

Affections nerveuses. — Certaines névralgies de l'anus présentent des douleurs lancinantes qui ont un type intermittent ou rémittent. L'anus se contracte avec énergie, puis il se relâche et semble s'entr'ouvrir sans la participation de la volonté, ce qui peut donner lieu à la constipation ou à un libre écoulement des matières. Mais, en dehors des accès, les selles sont régulières, bien moulées ; le doigt peut constater l'absence de tout obstacle dans les parois du rectum ; en outre, des névralgies partielles existent dans d'autres parties du corps ou dans le voisinage de l'urèthre, et aident au diagnostic (M. Vidal, de Cassis).

8° *Indurations chroniques.* — Ces indurations doivent leur origine tantôt à un vice scrofuleux, tantôt à un vice vénérien, à une affection herpétique ou hémorrhoïdale, enfin à toutes les causes de l'inflammation chronique du rectum. Tel est l'engorgement lymphatique, que Bayle compare à l'éléphantiasis, et qui dépend évidemment d'une affection strumeuse. Ces indurations ont beaucoup de ressemblance avec le cancer, mais elles occupent toujours la région anale ; le rétrécissement qu'elles produisent est sujet à des alternatives d'augmentation ou de diminution, d'exaspération ou de calme, selon que le travail de la congestion ou de la résorption s'opère dans les tissus malades. Le rétrécissement cancéreux n'est pas susceptible d'éprouver ces oscillations, ces réactions physiologiques. Au toucher, le tissu squirrheux est plus dur, plus résistant ; il

est aussi plus indolent que le tissu induré par l'inflammation chronique. Dans les moments d'exaspération, au contraire, quand il y a éréthisme produit par les dartres ou des hémorrhoïdes aiguës, le tissu induré est plus sensible et plus douloureux. Les indurations vénériennes ont peu de tendance à l'ulcération; mais la membrane muqueuse offre des fongosités et un écoulement très-persistant, qui les rapprochent encore de la ressemblance cancéreuse; il y a cependant absence de douleurs lancinantes, qui existent dans le cancer indépendamment des douleurs de garde-robes; le suitement vénérien n'a pas les caractères de l'ichor *sui generis* par la couleur et l'odeur; enfin, dans l'infection vénérienne, l'écoulement est primitif; c'est une espèce de blennorrhagie qui a précédé l'induration, tandis que dans le cancer l'écoulement ne se montre qu'après l'induration. On peut encore ajouter qu'un traitement spécial dirigé contre les vices syphilitique, herpétique et strumeux, en même temps qu'on emploie un traitement local pour la résolution des indurations du rectum, peut ramener les tissus à leur état normal, tandis qu'il n'en sera pas de même dans le cas de cancer.

9° *Corps étrangers.* — Les corps étrangers introduits dans le rectum par l'orifice anal ne sauraient occasionner d'erreur que lorsque le malade est privé de ses facultés intellectuelles, mais alors le toucher suffira pour les reconnaître. Quant aux corps étrangers arrêtés dans le rectum après avoir suivi les voies digestives, ils peuvent produire les accidents de la rétention plus ou moins grande des matières et tromper le médecin qui n'explorerait pas le rectum. Dans le mémoire de M. Costallat, trois observations ont trait à ce sujet.

Ancelin (6e obs. de M. Costallat) rapporte les accidents causés par la racine d'une dent arrêtée dans le rectum.

Copeland (17e obs. de M. Costallat) raconte le cas d'un rétrécissement dû à un noyau de prune.

M. Costallat (obs. 32) parle d'un individu porteur d'un rétrécissement déjà incisé à la Charité, dans l'ouverture duquel un noyau de prune engagé causa à plusieurs reprises des accidents qui disparurent

après son expulsion. Le toucher et l'introduction d'une sonde suffiront pour prévenir toute erreur.

10° *Prolapsus.* — Le relâchement de la muqueuse du rectum ou le prolapsus de cet intestin, qui accompagne plusieurs maladies du rectum, forme une tumeur souple, élastique, réductible en partie ou en totalité, conditions que le cancer ne revêt dans aucun cas.

Plusieurs autres affections sont susceptibles de présenter quelques symptômes du cancer, relatifs à la défécation ou à l'excrétion urinaire, que l'on sait être fréquemment troublée par la présence d'une tumeur cancéreuse. Ces maladies, faciles à reconnaître avec un peu d'attention, sont : les tumeurs de l'urèthre, de la prostate, de la vessie, les calculs vésicaux, les tumeurs des vésicules séminales chez l'homme, les tumeurs de la cloison recto-vaginale, celles du vagin, des ovaires, de la matrice chez la femme ; dans les deux sexes, la nécrose du coccyx et du sacrum, et les fistules du rectum.

Le toucher joue un rôle très-important dans le diagnostic du cancer inférieur du rectum. Chez la femme, on peut encore recourir au toucher par le vagin pour lever les doutes sur la situation, les caractères physiques des tumeurs de la partie antérieure du rectum. Dans les cas difficiles chez l'homme, il peut également être avantageux d'introduire une sonde métallique dans la vessie, et de lui faire exécuter quelques mouvements pendant qu'on explore le rectum avec le doigt.

Les cancers de la portion anale du rectum sont exposés à la vue et faciles à distinguer. Ceux qui occupent la partie immédiatement située au-dessus du sphincter, et même tous ceux de la première catégorie, que j'ai limités à la hauteur de l'atteinte du doigt, pourraient recevoir une plus grande précision diagnostique par l'application du speculum ani. Mais l'introduction de cet instrument est ordinairement très-douloureuse, irrite toujours et déchire quelquefois des tissus déjà altérés, outre que dans le cas de rétrécissement étendu ou de végétation cancéreuse libre et pendante dans le rectum, il est impossible

d'infliger au patient le supplice de cette investigation sans graves dangers.

Le cancer de la partie supérieure du rectum rentre tout à fait dans l'histoire des coarctations, dont il présente tous les symptômes. Mais il est non-seulement grave par ses désordres fonctionnels (la rétention plus ou moins complète des matières), mais encore, par sa nature presque toujours implacable, si je puis m'exprimer ainsi, il exige une extrême réserve dans l'emploi de la dernière ressource capable de prévenir les accidents mortels de l'obstruction intestinale permanente et complète. J'examinerai successivement les maladies avec lesquelles on peut le confondre; mais avant j'indiquerai les moyens d'investigation propres à éclairer sa présence, si ce n'est toujours, au moins dans quelques cas.

Une partie des cancers fixés dans la partie moyenne pourra se reconnaître encore par le toucher digital ; d'autres peu éloignés pourront encore être mis en rapport avec le doigt, quand l'accumulation des matières aura fait descendre un peu la tumeur, ou qu'on obtiendra cet effet en prescrivant au malade des efforts de défécation, pendant que le médecin lui-même comprimera l'abdomen de l'autre main, et tâchera de refouler les intestins dans le petit bassin. Enfin, quand ces manœuvres ne réussissent pas, il reste les moyens suivants :

1° Les bougies et sondes exploratrices;

2° Les injections intestinales;

3° La percussion et la palpation.

Les sondes et bougies à empreintes introduites dans le rétrécissement du rectum sont infidèles pour l'image qu'elles en rapportent au dehors. On ne peut ainsi apprécier leur étendue en hauteur, ni leurs différents degrés d'exiguïté variable sur tous les points. J'en dirai autant de tous les ajoutages faits au doigt, tels qu'un dé à coudre, un bout de bougie, des phalanges artificielles mobilisées par des lanières de ruban ; la sonde de M. Laugier, graduée et surmontée d'un petit sac de baudruche, qu'on insuffle au-dessus du rétrécissement, pourra servir à mesurer la hauteur de ce dernier. Dans les cas d'ulcération

de l'obstacle, on conçoit que le détritus, la sanie qu'ils ramèneront avec eux, pourront donner des indices sur sa nature.

Les injections ne servent aussi souvent qu'à constater la hauteur où commence le rétrécissement par l'évaluation de la quantité de liquide absorbé. Mais que de sources d'erreur! en outre, ce moyen est inutile avant l'ulcération du cancer: ce n'est en effet qu'à cette période que le liquide pourra se charger d'un produit caractéristique; mais il sera ordinairement superflu, puisqu'on pourra le reconnaître sur le linge du malade à mesure que le suintement se fait par l'anus.

Il est facile de prévoir que la percussion et la palpation permettront de mieux apprécier la forme, la situation de la tumeur; mais les symptômes énumérés plus haut, joints à ceux de la cachexie commençante ou avancée, éclaireront bien davantage sur la nature du mal. Voyons cependant quelles sont les maladies avec lesquelles le cancer supérieur du rectum a de l'analogie : on peut indiquer les abcès, le volvulus, les invaginations, l'étranglement herniaire.

1° Les abcès doivent être rares aux parties antérieure et latérales du rectum qui sont tapissées par le péritoine; à sa paroi postérieure, entre les lames du méso-rectum, le tissu cellulaire enflammé peut aboutir à la suppuration, ou une nécrose, une carie du sacrum, peuvent donner lieu à une collection purulente susceptible de comprimer le rectum et d'empêcher les fonctions exonératrices. Mais la marche aiguë du phlegmon ou les symptômes antérieurs de l'ostéite serviront à diagnostiquer la véritable maladie.

2° Le volvulus est reconnaissable par des phénomènes brusques d'étranglement, et quelquefois par une tumeur qu'on peut sentir à travers les parois abdominales. Il est peu probable qu'on le confonde avec le cancer,

3° Les invaginations ou, en d'autres termes, le déplacement d'une partie du tube digestif entraîné dans la cavité d'une portion inférieure ou d'une portion supérieure, présentent une tumeur qu'on pourra reconnaître par la palpation; dans quelques cas la percussion médiate ou immédiate sera utile pour déterminer quelles sont les parties en-

traînées, quels sont les organes nouveaux qui les ont remplacées dans leur situation habituelle, quel est le volume de la tumeur, la quantité des matières fécales. Enfin, un lavement administré pourra faire reconnaître, si l'invagination porte sur le gros intestin, à quelle hauteur il cesse d'être perméable.

4° L'étranglement herniaire se manifeste souvent brusquement au niveau d'une ouverture naturelle de la cavité abdominale, ou sur un point de ses parois affaiblies, et c'est ordinairement une chute ou un effort qui y donne lieu. La tumeur est rénitente, et présente de l'engouement qui consiste dans un gargouillement caractéristique. Je ne pense pas qu'on puisse commettre une erreur aussi grossière dans les circonstances données. Mais si la tumeur contractait un commencement d'étranglement, qu'elle se réduisît ensuite spontanément avec persistance de ce symptôme, et qu'il fût impossible d'obtenir des renseignements satisfaisants, l'idée d'un étranglement interne devrait toujours faire recourir à une exploration à travers les parois abdominales, comme pour le volvulus et les invaginations, et dans bien des cas, on pourrait encore arriver à la solution du problème.

5° Pronostic.

Rien n'est plus variable que l'opinion des pathologistes sur la curabilité du cancer du rectum. Les uns le regardent comme rebelle à toutes les ressources de l'art : ainsi Bayle prétend que le cancer du rectum est une maladie absolument incurable; la forme squirrheuse détermine la mort au bout de six mois, un an, deux ans après l'invasion des douleurs caractéristiques. Il est extrêmement rare que la mort soit retardée jusqu'à quatre ou cinq ans. Les autres, plus consolants, invoquent des succès et un certain nombre de faits bien constatés pour prouver qu'il ne faut pas toujours désespérer de la guérison. Ce conflit dépend évidemment de la nature diverse des maladies qui ont été traitées sous le nom générique de cancer, et du résultat thérapeutique différent obtenu par leurs auteurs. Je pense

que le cancer du rectum bien confirmé est incurable dans la très-grande majorité des cas. Quelques exemples, malheureusement très-rares, prouvent que ce cancer reste stationnaire pendant longtemps: il est donc permis d'admettre que cet état peut se prolonger toute la vie. Si la diathèse, ordinairement remarquable par sa fatale activité, vient à s'assoupir sous l'influence de quelque modification organique, ne peut-on pas en conclure qu'elle s'éteindra par la persistance de ces effets? Des observations authentiques constatent que quelques cancers du sein ou d'autres organes, après avoir récidivé plusieurs fois, ont cessé de reparaître après une dernière opération. L'extirpation du rectum dans les conditions les plus favorables peut aussi produire une guérison définitive; mais il ne faut pas se dissimuler que ce succès est très-rare, incomplet et suivi dans plusieurs cas d'une incontinence extrêmement fâcheuse.

6° Traitement.

Dans une maladie qui débute ordinairement d'une manière latente, et sur la nature de laquelle aucun agent thérapeutique n'a de prise directe, il est difficile de donner des préceptes prophylactiques de quelque valeur; cependant, un certain nombre de causes prédisposantes n'ayant pas paru étrangères à son développement, on devra s'attacher à les éloigner ou à neutraliser leurs effets. Ainsi, l'époque de la suppression menstruelle ayant une fâcheuse corrélation avec le développement du cancer chez la femme, on pourra la soumettre à quelques précautions hygiéniques particulières, suppléer au flux périodique par quelques évacuations sanguines locales, empêcher les effets de la constipation par les minoratifs ou les lavements émollients, huileux. Chez les hémorrhoïdaires, ces mêmes moyens pourront rappeler des évacuations supprimées ou en tenir lieu. La disparition d'une dartre étendue, d'un érysipèle, ou le tarissement d'un exutoire habituel, la guérison brusque d'une goutte chronique, en quelque sorte constitutionnelle, ou toute autre cause perturbatrice déjà signalée,

venant à avoir quelque retentissement fonctionnel sur le rectum, il faudra de suite recourir aux révulsifs externes les plus puissants, tâcher de rappeler les affections cutanées par des excitants directs, et combattre les accidents du rectum par les modificateurs généraux et locaux les plus efficaces. Le traitement rationnel de toutes les affections suspectées de favoriser la dégénérescence cancéreuse, ne réussira que dans des cas fort rares sans doute, et même dans ces cas son influence préservatrice pourra être contestée; mais, dans un point de de doctrine si obscur, aucune indication ne peut être superflue.

Quand, après cet état transitoire, le cancer du rectum se confirme et manifeste sa présence par des symptômes caractéristiques, quels sont les moyens curatifs à lui opposer? Ces moyens varient selon le siége du cancer : dans celui de la partie supérieure, le traitement est uniquement dirigé contre les accidents du cancer, la rétention des matières fécales ou le dévoiement, les douleurs et la cachexie : c'est un traitement purement palliatif.

Le cancer de la partie inférieure, quand il est très-étendu, déjà ulcéré et accompagné de cachexie, ou compliqué d'une autre affection grave, ne comporte aussi que le traitement palliatif.

Mais lorsqu'il est borné, lorsqu'il n'existe ni cachexie, ni complication cancéreuse d'un autre organe, on peut chercher à obtenir sa guérison radicale par l'extirpation de toute la partie inférieure du rectum.

Dans tous les cancers qu'on ne peut extirper, les secours de l'art ne diminuent que les accidents et prolongent quelque temps la lutte entre la vie et la mort. Ces secours, entièrement palliatifs, sont du domaine de la médecine et de la chirurgie.

Les soins médicaux consistent à donner au malade des aliments faciles à digérer et qui laissent peu de résidu, à prévenir la constipation en entretenant la liberté du ventre par des lavements ou des minoratifs donnés de temps en temps, à faire prendre un exercice modéré quand les forces le permettent, à prescrire la ciguë et les narcotiques pour diminuer les douleurs vives et lancinantes, à combattre

le dévoiement par la diète ou un régime sévère, par l'usage de la tisane de riz ou la décoction blanche de Sydenham et par l'administration de lavements opiacés, quand l'intestin peut supporter l'introduction de la canule; dans les cas de rétrécissement très-prononcé du rectum, avec rétention complète des matières et des gaz, on doit recourir à l'usage des douches ascendantes pour obtenir un amendement passager. Ce traitement peut même sauver le malade d'une crise imminente, et lui rendre le calme et le repos pendant quelques jours; mais bientôt le mal s'exaspère, les symptômes de la rétention reviennent plus terribles et plus menaçants, et, si l'on n'y remédie promptement, il emporte le malade au milieu des angoisses les plus poignantes et les plus cruelles; cependant le traitement chirurgical peut quelquefois suspendre encore les effets d'un rétrécissement trop complet et ménager une voie sinon suffisante, au moins perméable à l'issue des matières gazeuses et liquides : il a sur le cancer du rectum une action plus directe, mais encore palliative; il consiste dans la dilatation, l'incision, la cautérisation, l'écrasement, l'arrachement, la ligature et l'excision.

1° La *dilatation* a été pratiquée avec des instruments très-variés par leur forme et par leur composition : un petit nombre d'entre eux méritent d'être conservés dans la pratique. M. Costallat, dans l'examen qu'il en a fait, rejette l'emploi de tous les instruments métalliques, comme celui d'Ancelin, qui avait plusieurs branches susceptibles d'acquérir un écartement gradué, au moyen d'un ressort ou d'un coing; l'anneau creusé en gorge à sa surface externe, et restant à demeure comme un pessaire; le speculum ani, malgré tous les perfectionnements qu'on lui a donnés; il rejette également l'usage des tubes souples formés par des lanières de soie réunies par leurs bords, ainsi que les membranes ou les boyaux de chat introduits vides dans le rétrécissement, et gonflés sur place par l'injection d'une colonne d'eau ou d'un fluide élastique, afin d'obtenir par leur compression constante une dilatation graduelle; il est impossible de se servir des bougies cylindriques ou à ventre, à cause de l'inflexibilité et de la rigidité que leur volume offrirait; les sondes en gomme élastique n'ont que l'avan-

tage d'être utiles à porter des liquides délayants au-dessus de l'obstacle, leur compression est faible et inefficace, ou elle irrite les tissus sains qui ne peuvent les supporter. Reste donc à examiner la dilatation d'après le procédé de Desault, et celle faite avec l'appareil de M. Bermond, de Bordeaux, ou avec l'appareil de M. Costallat.

Desault employait des mèches ou tentes proportionnées au degré du rétrécissement, et il augmentait successivement leur volume pour obtenir une dilatation suffisante; il prévenait la distension douloureuse du sphincter en donnant à ces mèches, enduites d'un corps gras, une forme conique, dont la plus petite dimension se trouvait au niveau de l'anus; le centre des mèches doit être embrassé par un fil solide, qui réunit les filaments épars de charpie, et permet leur extraction en totalité.

L'appareil de M. Bermond, de Bordeaux, est décrit dans la *Médecine opératoire* de M. le professeur Velpeau : « il consiste en deux canules engaînées, dont l'interne est lisse et terminée en cul-de-sac supérieurement; l'externe, ouverte à ses deux extrémités, est creusée en dehors de plusieurs rainures circulaires servant à fixer une chemise; la canule, revêtue de la chemise, est engagée dans le rétrécissement, puis on introduit, par la partie inférieure, entre la chemise et la canule, de la charpie, qu'on pelotonne à la partie supérieure ou sur tout autre point de la circonférence du rectum, de manière à former un bourrelet compressif circulaire. Cet appareil est ensuite fixé solidement à l'extérieur; il peut rester en place et donner issue aux gaz et aux selles, si on retire la canule interne; la partie supérieure de la chemise présente un cul-de-lampe, dont le centre est occupé par la canule, et les matières se dirigent naturellement vers ce point. Si leur consistance les empêche de sortir, on peut les ramollir par un lavement; quand elles sont expulsées, on replace la canule interne, qui s'engrène, au moyen d'un éperon latéral, avec une échancrure de la canule externe, près de son extrémité libre. »

L'appareil de M. Costallat se compose d'un très-grand nombre de pièces, dont la description m'entraînerait trop loin, mais dont je

tâcherai de signaler le mécanisme d'une manière abrégée : c'est une chemise conique de batiste, que l'on conduit dans le rétrécissement au moyen d'une canule de gomme élastique, flexible et graduée ; on engage ensuite un mandrin boutonné à travers la canule, qu'on retire pour la remplacer par une garniture de mèches fixées autour d'une spirale en fil de fer ; pour l'introduire, on adapte la spirale à un porte-mèche creux, parcouru dans toute sa longeur par un stylet, qui traverse aussi la spirale, dont il forme l'axe, et réunit solidement ces deux pièces : cet axe est canaliculé à son extrémité supérieure, pour recevoir le bout inférieur du mandrin, qu'on a eu soin de maintenir en place après l'extraction de la canule ; l'axe réuni au mandrin forme un conducteur sur lequel il est facile de faire glisser la mèche, l'hélice et le porte-mèche dans l'intérieur de la chemise, jusque dans le rétrécissement ; on retire ensuite le mandrin et le porte-mèche ; la chemise, rembourrée par la mèche, reste en place et exerce une dilatation sur les tissus malades.

L'introduction des mèches, selon le procédé de Desault, s'exécute au moyen d'un stylet bifurqué, qui les place dans le rétrécissement : cette tige résistante a l'inconvénient de ne pouvoir se prêter aux inflexions pathologiques qu'offre souvent le rectum cancéreux ; elle peut contondre et blesser les tissus déjà endoloris, et quand la coarctation est très-élevée, il est impossible de s'en servir ; de plus, on est obligé de la retirer quand le malade va à la selle.

L'appareil de M. Bermond permet cette évacuation quand on enlève la canule interne, et exerce une compression permanente sur le rétrécissement ; mais la muqueuse ayant une grande tendance à s'invaginer dans l'ouverture supérieure des instruments creux, selon la remarque de Desault, il en résulte que cette voie artificielle perd tout son avantage et manque au but que s'était proposé l'auteur ; de plus, si le rectum a éprouvé quelque changement de direction, ou s'il est nécessaire d'introduire l'appareil très-loin, la rigidité des canules métalliques sera un obstacle insurmontable ou un surcroît de douleur pour le malade.

L'appareil de M. Costallat, ayant un conducteur flexible, irrite moins les parties, s'accommode aux courbures variées des tissus dégénérés, et pénètre dans les rétrécissements les plus élevés, puisque, au dire de son auteur, on peut l'introduire à plus de 1 pied de profondeur. M. Costallat en a retiré de notables avantages dans les observations qu'il rapporte, et a pu, dans quelques cas, prévenir les funestes effets de la rétention des matières fécales.

Quel que soit le procédé de dilatation qu'on juge à propos de mettre en usage pour maintenir une voie perméable aux évacuations dans le cancer du rectum, il est positif que, dans quelques cas, ce moyen, seul ou associé à l'emploi des minoratifs ou des lavements, pourra dissiper des dangers imminents et prolonger les jours du malade. Mais on ne doit pas se faire illusion sur son importance en général. La présence des mèches, ou d'un appareil compliqué, irrite toujours le rectum, provoque des douleurs et des efforts d'expulsion qui empêchent le malade de les garder au delà de quelques heures dans le principe. Peu à peu cette vive sensibilité s'émousse, l'intestin s'accoutume à leur séjour; mais bientôt cette tolérance a un terme, et on est obligé de renoncer à l'emploi de la dilatation. Lorsque le cancer est ulcéré, ce moyen est impraticable; mais, dans ce cas, il est rarement indiqué.

Lorsqu'on a épuisé sans succès toutes les ressources précédentes et quelques autres moins efficaces qu'il me reste à examiner, que le malade est sur le point de succomber à l'intensité de la souffrance et que les intestins sont prêts à se rompre sous l'effort de la distension des matières, est-il rationnel, est-il légitime, dans une extrémité aussi terrible, de créer une voie artificielle à leur sortie, c'est-à-dire de pratiquer un anus anormal ?

J'examinerai l'opportunité de cette opération à la fin du traitement du cancer, et je me bornerai, pour le moment, à faire remarquer qu'elle est toujours grave par ses accidents immédiats, plus grave encore par ses accidents consécutifs.

2° L'*incision* a été pratiquée assez souvent dans les cas de rétrécis-

sements du rectum; mais il est peu probable que ces rétrécissements étaient de nature cancéreuse. Wiseman fit, trois ou quatre fois, sur le même individu, l'incision d'un rétrécissement consécutif à une grave opération de fistule. Ford, Calvert, Richerand, Copeland, ont obtenu des succès par ce procédé. M. Costallat n'est pas partisan de l'incision, qu'il regarde comme précaire et inutile dans les coarctations fibreuses, et presque toujours nuisible dans le cancer, dont la plaie se convertit en ulcère. Il cite néanmoins comme exemple remarquable de la nécessité de l'incision, dans quelques cas de rétrécissement du rectum, l'observation si curieuse d'un chirurgien de marine, qui succomba par le fait d'un rétrécissement valvulaire, sans que ni lui-même, ni aucun de ses collègues, eussent songé à le reconnaître par l'exploration. M. Vidal (de Cassis) rejette également l'incision du cancer du rectum, et en blâme énergiquement l'emploi dans le cancer fixé à la partie antérieure de l'intestin.

3° La *cautérisation* a été employée par Everard Home, qui dit avoir détruit un rétrécissement par une seule application caustique. Cette assertion dépend évidemment d'une erreur sur la nature de la maladie ou sur le résultat du traitement, dit M. Costallat. Ce dernier rapporte que Sanson a obtenu trois succès de la cautérisation combinée avec la dilatation; pour son propre compte, il n'en a retiré aucun avantage. M. Amussat employa, à sept reprises différentes, la cautérisation dans la maladie de Broussais. Il se servit trois fois d'un porte-caustique moyen; mais, le jugeant insuffisant pour la circonstance, il en fit construire un de gros calibre et l'employa quatre fois sans succès. Chez un autre malade, M. Amussat eut recours à un gros crayon de potasse caustique enfermé dans un tuyau de plume, et introduit à l'aide d'un petit speculum à trois valves. La cautérisation, dit M. Vidal (de Cassis), ne peut produire aucun effet curatif durable; mais dans le cancer du rectum, où la rétention prolongée des matières est très-dangereuse, il faut, à tout prix, rendre une liberté temporaire aux voies obstruées, et on obtient ce but par la destruction rapide des

tissus morbides en se servant des caustiques. Dans le cancer supérieur, la cautérisation est impraticable.

4° *Écrasement.* — Ce moyen a été employé par M. Amussat, chez un sujet porteur d'une tumeur cancéreuse du rectum. Un bourrelet proéminent comme un col de matrice, assez ouvert pour passer le doigt, fut saisi par portions et écrasé circulairement entre les mors dentelés d'une forte et longue pince introduite par l'anus. L'opération fut peu douloureuse et ne donna que peu de sang. Un tubercule cancéreux fut également écrasé chez Broussais. Le résultat de cette opération consiste dans un agrandissement immédiat du calibre de l'intestin par la séparation prompte des tissus écrasés, avantage heureux, mais éphémère, qui ne peut être étendu au cancer fixé sur un point élevé du rectum.

5° *Arrachement.* — Les productions cancéreuses circonscrites, tuberculeuses ou polypiformes, peuvent être arrachées avec le doigt plié en crochet, lorsqu'elles flottent dans la partie inférieure du rectum. Si la muqueuse les recouvre, il faut les dégager par une incision préalable de cette membrane, et se servir de pinces à polypes. M. Récamier a fait plusieurs fois cette opération, qui n'a d'influence que sur le diamètre du rectum. Les tumeurs libres, mais éloignées de l'anus, ne sont pas susceptibles d'être arrachées.

6° *Ligature.* — La ligature est partielle ou en masse. Dans le premier cas, on étreint avec le fil une végétation ou un tubercule fongueux isolé ; dans le second, on enveloppe tous les tissus malades et on les cerne par une forte constriction.

La ligature partielle se fait facilement sur les excroissances saillantes à base étroite, qu'on fait tomber par l'étranglement. Mais, lorsque la tumeur a une base large, un relief médiocre, la ligature ne peut la saisir, ou, si on parvient à l'appliquer, elle se relâche et tombe bientôt. Broussais souffrait beaucoup d'une végétation, que les selles pous-

saient hors de l'anus; M. Amussat en fit la ligature, et elle ne tarda pas à se séparer par la mortification. Une autre tumeur, située plus haut et pédiculée, fut encore embrassée par un fil constricteur, qui se relâcha par les tractions. Ce moyen est douloureux.

La ligature en masse se fait quand la tumeur n'est pas située hors de la portée du doigt. Pour la pratiquer, on injecte dans le rectum une grande quantité de liquide, et on conseille au malade de l'expulser avec force et rapidité. Quelquefois la tumeur est entraînée au dehors par les efforts d'expulsion résultant de la contraction du diaphragme et des muscles de la paroi abdominale. On place alors le malade comme pour l'opération de la fistule à l'anus, et on applique une forte ligature sur la tumeur à l'endroit où elle s'unit à la muqueuse; on fait ensuite, un peu au-dessus, la section du pédicule, dont le reste tombe avec la ligature. M. Pinault, auteur de ce passage, rejette cette méthode comme palliative et fonde sa critique sur les récidives fréquentes survenues à la suite de cette opération. Lorsque la tumeur ne cède pas aux efforts musculaires et ne peut être poussée hors de l'anus, on peut encore l'y entraîner avec le doigt recourbé en crochet, ou avec la pince de Museux, quand elle est résistante (M. Vidal, de Cassis). Lorsque la tumeur est inaccessible au doigt, Desault propose de la lier à l'aide de ses instruments pour la ligature des polypes internes. Il cite à l'appui la ligature d'une tumeur située à 162 millimètres (6 pouces), qu'il a exécutée au prix des plus grandes difficultés. Boyer blâme la ligature des tumeurs élevées, parce qu'on peut commettre une erreur et embrasser dans la ligature une portion invaginée de l'intestin (M. Vidal, de Cassis).

M. Récamier a inventé un procédé de ligature pour détruire un cancer du vagin, chez une femme qui ne voulait pas se laisser opérer par le bistouri. M. Vidal (de Cassis), dans sa thèse sur le cancer du rectum, donne la description suivante de cette méthode, dans un exemple choisi exprès pour mettre en relief la valeur de son application aux cancers du rectum.

« Je supposerai, dit ce chirurgien, pour la commodité de la descrip-

tion, une tumeur cancéreuse occupant, sous forme d'anneau, toute la circonférence du rectum, à une telle distance de l'anus, que le doigt puisse dépasser la limite du mal, condition indispensable de l'application du procédé. Si le passage n'était pas assez large pour l'introduction du doigt, il faudrait d'abord l'agrandir par des moyens convenables, et même par l'incision de la partie inférieure de l'intestin.

« Le malade étant placé convenablement, on commence par introduire l'indicateur de la main gauche dans le rectum, et on lui fait dépasser la limite supérieure de la tumeur. On glisse ensuite derrière la tumeur une longue aiguille creuse sur sa face concave, dont les bords recourbés tendent à se rapprocher. La concavité de cette aiguille est ainsi convertie en une sorte de canal parcouru par un ressort que nous verrons fonctionner tout à l'heure, ressort arrondi à sa partie supérieure qui présente une ouverture dans laquelle on passera le fil. L'aiguille est donc glissée derrière la tumeur, entre celle-ci et la portion la plus excentrique des parois intestinales supposées saines. Lorsque le doigt a senti la pointe de l'aiguille et que cette pointe, par conséquent, a dépassé la tumeur en haut, on pousse le ressort que nous avons vu occuper la concavité de l'aiguille; mais préalablement et pour guider l'extrémité de ce ressort, on a introduit à la place du doigt indicateur un gorgeret dans lequel la pointe de l'aiguille est reçue, comme l'extrémité du bistouri dans l'opération de la fistule à l'anus. Le ressort glisse le long de ce gorgeret, et bientôt on le voit sortir par l'anus, présentant son chas. Alors on passe dans celui-ci deux cordonnets de soie très-solides, et tels qu'on ne puisse les rompre en tirant fortement sur leurs deux extrémités à la fois. Les cordonnets doivent être de couleurs différentes, et par exemple un jaune et l'autre vert. Cela fait, on tire sur le bout opposé du ressort, et les deux cordonnets sont ainsi attirés dans le rectum jusqu'à la limite supérieure du mal, où est restée appliquée la pointe de l'aiguille. On a eu soin, bien entendu, de retenir au dehors de l'anus deux des extrémités des cordonnets. Ceux-ci étant ainsi retenus et ne pouvant suivre, on retire l'aiguille qui entraîne nécessairement et le ressort et les deux autres

bouts des cordonnets. On a de cette manière au dehors les quatre bouts de ces derniers. On recommence l'opération à une petite distance du premier point, et ainsi de suite jusqu'à ce qu'on ait entouré la tumeur d'un nombre suffisant de points. Il ne reste plus alors qu'à nouer les fils, et voici comment on y procède. Chaque cordonnet d'une couleur est noué très-fortement par son bout interne avec le même bout du cordonnet de même couleur qui se trouve à son côté. Les deux autres bouts des deux cordonnets sont passés dans un serre-nœud. Il en résulte que, dans le point qui correspond à l'intervalle de ces deux cordonnets, la tumeur est saisie par une anse que la pression du serre-nœud fait agir plus ou moins fortement. Comme il y a un nombre de cordonnets et d'anses proportionné au volume de la tumeur, il s'ensuit que celle-ci est étreinte dans toute son étendue. Sauf le serre-nœud, ce procédé de M. Récamier ne diffère pas de celui qui a été employé par Bell, Warren, etc., pour les tumeurs érectiles à large base. Ce procédé a été mis en usage pour le cancer du rectum, et son application a exigé plus d'une heure; il est aussi fort douloureux et ne peut être exécuté dans les cancers élevés. Il est difficile, pour ne pas dire impossible, de s'assurer si on n'a pas laissé quelques parties cancéreuses en dehors de l'action de la ligature. Lorsqu'il remplit toutes les indications, il détermine la mortification des tissus, met à l'abri de l'hémorrhagie et a le même effet curatif que l'extirpation. Ces cas sont bien rares malheureusement.

7° *Excision.* — L'excision consiste dans l'ablation par l'instrument tranchant des bourgeons ou des excroissances formés à la surface d'une tumeur cancéreuse; si l'excision donne lieu à une hémorrhagie, on peut l'arrêter au moyen du cautère actuel. Une petite végétation serrée par l'anus fut excisée chez Broussais. Quand le cancer ne donne lieu qu'à une seule tumeur bien pédiculée, semblable aux polypes, l'excision est indiquée et préférable aux moyens précédents. Ce cas peut même donner lieu à une guérison définitive, si le mal est complétement déraciné; cette opération ne saurait s'étendre aux

tumeurs de la partie supérieure, trop éloignées pour offrir prise aux instruments.

Somme toute, ces opérations, isolées ou combinées selon les cas, produisent une amélioration dans les symptômes du cancer, et un amendement sensible dans sa marche; mais elles n'ont aucune efficacité contre son essence pathologique. Il me reste donc à examiner une dernière ressource de l'art, qui attaque directement le mal en détruisant les tissus; malheureusement elle est bornée à un petit nombre de cas, entourée de grands dangers et ne procure que bien rarement une guérison définitive.

EXTIRPATION.

Cette opération se divise en extirpation du rectum cancéreux et en extirpation des tumeurs cancéreuses du rectum et de l'anus.

1° *Extirpation du rectum cancéreux.*

Faget, en 1739, enleva quarante millimètres de la partie inférieure du rectum entièrement dénudé par deux vastes abcès du tissu cellulaire des deux excavations ischio-rectales. Cette hardiesse chirurgicale inspira peut-être à Béclard l'idée de conseiller l'extirpation de la partie inférieure du rectum dans les cas de cancer, malgré l'opinion unanime de presque tous les chirurgiens; en 1822, ce professeur déclarait que cette extirpation était possible; mais personne n'avait encore osé la tenter, lorsque M. Lisfranc l'a mise en pratique, le 13 février 1826. (Thèse de M. Pinault, 10 août 1829; mémoire de M. Lisfranc, *Gaz. médic.*; 1830.)

Les cancers de la partie inférieure du rectum sont seuls susceptibles d'être extirpés, et, parmi ces cancers, ceux de la portion anale offrent le plus de garantie de succès. A mesure que le cancer atteint un point plus élevé de l'intestin, les rapports intimes des organes voisins et leurs adhérences les exposent à participer à la dégénéres-

cence et mettent des bornes à l'opération, qui cesse d'être praticable au-dessus du cul-de-sac antérieur du péritoine, d'où résulte l'importance de déterminer d'une manière précise l'élévation ordinaire de la membrane séreuse.

M. Lisfranc a trouvé que la distance de l'anus au repli antérieur du péritoine était, terme moyen, de cent huit millimètres.

Sanson a pris, de son côté, des mesures qui s'accordent assez avec celles de M. Lisfranc.

M. Blandin ne confirme pas ces chiffres; « dans l'état normal, dit ce professeur, le péritoine descend sur le rectum jusque vers un point qui varie suivant les sexes jusqu'à 81 millimètres (3 pouces) de la marge de l'anus, terme moyen, chez l'homme; jusqu'à 40 millimètres (1 pouce $^1/_2$), chez la femme. » Ailleurs, M. Blandin répète : « Chez le fœtus et chez l'enfant, les cloisons recto-vésicale et recto-vaginale n'existent pas; aussi, à cet âge le péritoine peut-il revêtir et revêt-il réellement une bien plus grande étendue de la face antérieure de cet intestin, et descend-il beaucoup plus près de l'anus. Cette disposition ne pourrait-elle pas se maintenir beaucoup plus tard ?

M. Costallat cite une observation où cette mesure n'allait pas au delà de 34 millimètres (16 lignes).

M. Vidal (de Cassis) a reconnu par l'examen sur le cadavre une très-grande variation dans l'étendue périnéo-péritonéale. Sur sept mensurations faites chez les deux sexes, et à des âges différents, il a trouvé pour la partie antérieure une distance moyenne d'environ 50 millimètres (moins de 2 pouces). Il ajoute ensuite que ces mesures n'ont pas été assez multipliées, et qu'elles ne pourront jamais l'être suffisamment pour établir avec précision les limites de l'ablation du rectum, puisqu'on est toujours exposé à rencontrer un cas exceptionnel, impossible à constater pendant la vie.

Voici les préceptes donnés par M. Lisfranc pour l'extirpation du rectum :

« 1° Il faut que le doigt indicateur puisse dépasser les limites supérieures du mal;

« 2° S'assurer, autant que possible, de l'épaisseur du cancer autour du rectum : il se laissera abaisser, et on doit opérer lorsque le tissu cellulaire voisin est sain. » Si ce tissu est malade, dit M. Lisfranc, c'est à l'expérience à décider la question. D'un autre côté, M. Pinault avance « qu'avant d'entreprendre cette opération, il faut s'assurer, autant que faire se peut, de l'étendue en épaisseur qu'a la maladie; car il est certain qu'on éprouverait les plus grandes difficultés dans son exécution, si le cancer avait envahi non-seulement toutes les tuniques de l'intestin, mais encore le tissu cellulaire situé dans les deux excavations ischio-rectales et les organes voisins, tels que la totalité de la cloison recto-vaginale chez la femme; ou la prostate et l'urèthre chez l'homme. »

M. Lisfranc appuie ces pratiques sur les considérations anatomiques suivantes :

« 1° Chez la femme adulte, le diamètre antéro-postérieur du périnée est d'un pouce (27 millimètres); il peut varier et n'offrir que 2 ou 3 lignes (4 à 7 millimètres);

« 2° Dans les deux sexes, la distance de l'anus à la partie inférieure du coccyx est d'un pouce 6 lignes (40 millimètres); l'intervalle entre l'orifice inférieur du rectum et la base de cet os est de 2 pouces (54 millimètres);

« 3° Chez la femme, une incision ovalaire étant pratiquée à trois quarts de pouce (21 millimètres) environ de l'orifice inférieur du canal intestinal, et la dissection portée jusqu'à l'intestin, sur lequel on exerce de légères tractions, il est possible, comme on peut s'en convaincre sur le cadavre, d'enlever, sans s'exposer à blesser le vagin, 2 pouces (54 millimètres) des faces latérales et postérieures de cet organe; la saillie qu'il forme en avant n'est que de 16 lignes (34 millimètres), à cause des adhérences intimes qu'il a en cet endroit avec le vagin : ces adhérences, formées par des fibres musculaires, par un tissu aponévrotique, et par un tissu cellulaire fort dense et très-serré, s'étendent du tissu adipeux sous-cutané à 3 lignes (7 millimètres) environ de

profondeur, et plus loin on pourra séparer avec le doigt le rectum du vagin, jusqu'à l'insertion du péritoine;

« 4° Dans les deux sexes, les tractions exercées sur le rectum, dont la saillie est déterminée par l'effacement de ses courbures, font à peine descendre le péritoine d'une ligne (un peu plus de 2 millimètres);

« 5° Chez l'homme, après avoir incisé autour du rectum et disséqué jusqu'à cet intestin, si on le soumet à de légères tractions, on peut enlever 1 pouce et demi (40 millimètres) de toute sa circonférence, sans courir le risque de blesser l'urèthre;

« 6° Au devant de la prostate, l'urèthre n'est en rapport avec le rectum, auquel il est d'ailleurs uni, ainsi que la vessie, par un tissu cellulaire fin et élastique, que dans l'étendue d'un quart de pouce (7 millimètres); quand l'urèthre arrive dans le périnée, il s'éloigne d'autant plus de l'intestin, qu'il se porte davantage en avant, et depuis ce point, où il abandonne l'intestin, jusqu'à la peau, il forme avec l'axe du canal intestinal, un angle à sinus inférieur d'environ 20 degrés; les tissus renfermés dans cet angle sont trop connus pour être indiqués; il faut seulement remarquer qu'il est impossible de disséquer avec le doigt, jusqu'à ce que le bistouri les ait dépassés.

« 7° Les artères hémorrhoïdales inférieures, les branches superficielles de la honteuse interne, la transverse du périnée, les hémorrhoïdales moyennes et les rameaux de terminaison de l'hémorrhoïdale supérieure, sont les seuls vaisseaux importants qu'on soit exposé à léser; la ligature ou la compression n'est pas impossible. »

Le procédé opératoire varie un peu selon l'étendue du mal.

1° Le malade doit être couché sur le bord de son lit ou d'une table garnie de matelas, comme pour l'opération de la fistule à l'anus; les fesses étant écartées et la peau tendue, l'opérateur fait deux incisions semi-elliptiques dirigées d'arrière en avant; il circonscrit ainsi la tumeur, et dissèque ensuite en tournant le tranchant du bistouri vers le rectum; on l'isole de toutes parts. Ces incisions permettent d'abaisser le rectum en tirant sur lui à l'aide du doigt indicateur in-

troduit dans son intérieur, et recourbé en crochet. Si le cancer est superficiel, borné à la muqueuse ou aux tuniques intestinales, on peut ainsi renverser l'intestin sur lui-même, et mettre toute la maladie à découvert; on fendra alors toute la partie du rectum renversée et on l'excisera en la contournant avec de fort ciseaux courbés sur le plat. Quand la maladie se présente sous cette forme, l'opération est aussi simple que facile à exécuter. Les fibres du sphincter externe ne sont presque jamais enlevées en totalité, et, après la cicatrisation de la plaie, les malades ne sont nullement gênés dans l'acte de la défécation.

2° Quand le cancer a envahi la totalité des tuniques de l'intestin et le tissu cellulaire qui l'environne, quand il remonte à la hauteur de 2 ou 3 pouces (54 à 80 millimètres), on ne peut plus se servir de ce procédé, et l'opération est plus compliquée. Après les incisions semi-lunaires et l'isolement du rectum, il faut alors fendre cet intestin en arrière à l'aide de fort ciseaux droits, dirigés sur le doigt indicateur et dans une direction parallèle à son axe; l'incision doit être prolongée au-dessus du mal; on lie les vaisseaux à mesure qu'ils sont ouverts, ou bien on suspend l'opération pendant deux ou trois minutes, et on place dans la partie inférieure du rectum, et sur la plaie, une éponge imbibée d'eau froide; puis on attire la partie inférieure du rectum, à l'aide d'érignes ou de fils passés, au contraire, dans la partie saine au delà du cancer, ainsi que le fait M. Velpeau; puis on porte l'extrémité des ciseaux courbes dans la fente postérieure, et on retranche d'arrière en avant, et successivement, les deux moitiés du cancer, en redoublant de précautions, à mesure qu'on se rapproche des organes génito-urinaires. Chez la femme, un aide, pour protéger le vagin, y porte un ou deux doigts, et abaisse la cloison recto-vaginale; il doit avertir l'opérateur du plus ou moins de distance qui existe entre les doigts et le bistouri; il serait préférable que le chirurgien lui-même portât les doigts dans le vagin.

M. Roux est parvenu, par une dissection minutieuse, à séparer une tumeur cancéreuse étendue à la cloison recto-vaginale, sans intéresser la muqueuse vaginale.

Chez l'homme, une algalie portée dans l'urèthre peut diriger le chirurgien, qui la saisit de temps en temps, et lui fait exécuter quelques mouvements ; mais, dit M. Velpeau, cela ne serait que d'un faible secours, si le chirurgien n'avait présentes à l'esprit les notions d'anatomie chirurgicale indispensables à l'opération.

L'hémorrhagie est ordinairement faible et s'arrête spontanément, ou bien sous l'influence de quelques lotions froides. M. Pinault dit qu'il a vu souvent extirper le rectum, sans qu'on ait eu besoin de lier une seule artère. Il recommande cependant de lier les vaisseaux à mesure qu'ils sont divisés, dans la crainte que le sang, en s'échappant, ne vienne masquer les tissus du rectum, et empêcher l'opérateur de distinguer les parties saines des parties malades. On peut également terminer l'opération sans faire de ligature; mais il faut y suppléer en faisant appliquer le doigt d'un aide sur les vaisseaux ouverts. Cette pratique a l'inconvénient de laisser remonter le rectum, qu'il devient souvent difficile de saisir et d'attirer au dehors, si le besoin s'en fait sentir ; les fils placés à travers les tissus sains pourraient faciliter beaucoup ce temps de l'opération, ainsi que la ligature ultérieure des vaisseaux.

L'hémorrhagie est parfois très-sérieuse et complique beaucoup l'opération : ainsi, M. Larrey, qui a eu la bonté de me communiquer le fait, a assisté à une extirpation du rectum, faite par M. Lisfranc, en 1832, où chaque trait de bistouri donnait lieu à une nouvelle hémorrhagie et à une nouvelle ligature, ce qui fit durer l'opération cinquante-cinq minutes.

Quand l'extirpation est terminée, M. Velpeau prescrit de passer le doigt dans la plaie, afin de s'assurer si tous les tissus malades ont été enlevés. S'il reste quelques points altérés, il faut les retrancher sur-le-champ.

Le même professeur recommande un procédé opératoire particulier, qui réunit les avantages suivants : rapprochement immédiat de l'intestin et des téguments, rareté de l'hémorrhagie, rapidité de la

guérison, réaction moindre, et absence de cicatrices inodulaires. Ce procédé varie selon la forme ou l'étendue du cancer.

« 1° Lorsque le cancer est annulaire et n'a pas plus de 27 millimètres (1 pouce) de hauteur, on le fend en arrière, on l'abaisse ensuite et on le fait saillir au dehors en le tirant au moyen du doigt ou avec de fortes érignes. Cela fait, on place, avec une aiguille courbe, une série de fils de haut en bas ou du rectum vers la peau, dans les parties saines, situées au-dessus de la tumeur, qu'on retranche ensuite avec le bistouri ou les ciseaux, de dehors en dedans et *vice versa*, à 3 ou 4 lignes (7 ou 9 millimètres), en de deçà de chaque point traversé par le fil. On rapproche et on noue immédiatement ces fils pour obtenir l'affrontement des bords opposés de la plaie.

« 2° Le cancer s'élève-t-il à une plus grande hauteur? M. Velpeau commence d'abord, selon le procédé habituel, à le disséquer de bas en haut, jusqu'à ce qu'il ait dépassé la tumeur et soit arrivé aux tissus sains. Ensuite les fils sont passés d'espace en espace à travers la partie saine du rectum, puis par l'autre extrémité à travers la lèvre cutanée ou externe de la plaie. Quand le cancer est circonscrit de la sorte, on le retranche, et les fils sont réunis et noués comme dans le premier cas.

« 3° Lorsqu'il n'y a qu'une simple plaque cancéreuse, on la comprend entre deux incisions ovalaires, dont on réunit les bords par quelques points de suture. »

Quand l'extirpation est achevée, M. Lisfranc fait coucher le malade, et dès que le suintement sanguin est arrêté dans la plaie, il se borne à y appliquer un linge fenêtré, enduit de cérat, recouvert de charpie et ensuite de quelques compresses qu'on maintient par un bandage en T; mais M. Velpeau préfère introduire immédiatement avec le doigt une mèche graissée, qu'il serait beaucoup plus difficile de placer plus tard, quand la plaie serait déjà rétrécie. L'application de cette mèche doit être entretenue plusieurs semaines, et même plusieurs mois, pour prévenir la coarctation inodulaire du nouvel anus. On soumet le malade à une diète absolue, à l'usage des boissons émollientes, des

potions gommées et de potions calmantes. Si la réaction commence, cinq ou six heures après l'opération, et si le malade n'est pas trop affaibli, il convient de faire une saignée du bras d'une ou de deux palettes. Vers le troisième ou le quatrième jour, la suppuration s'établit, le pus est abondant, grisâtre, mêlé de matières fécales; on est obligé de panser le malade plusieurs fois par jour. Il se montre quelquefois dans le tissu cellulaire des excavations ischio-rectales des foyers purulents, qu'on peut réussir à faire vider, en recommandant au malade de pousser comme pour aller à la selle.

Chez la femme, il est utile, pendant les quinze ou vingt premiers jours après l'opération, de placer une sonde dans la vessie pour empêcher les urines de couler sur la plaie, et surtout pour prévenir les douleurs aiguës que peuvent occasionner la contraction du bas-fond de la vessie et des muscles de l'abdomen pour l'expulsion naturelle de l'urine. Dans ce cas, cette précaution ne devrait pas être négligée chez l'homme.

Du vingtième au trentième jour la suppuration diminue, la plaie devient moins douloureuse, se couvre de bourgeons charnus de bonne nature; la peau se rapproche de l'intestin; la cicatrisation est d'abord très-rapide et la plaie diminue quelquefois de plus de moitié dans l'espace de huit jours. Lorsque l'extensibilité des téguments est arrivée à son terme, la cicatrice marche lentement et s'achève par la réunion de deux pellicules, qui prennent naissance, l'une à la peau, l'autre à l'intestin, s'acheminent vers le centre où elles se rencontrent (M. Vidal, de Cassis).

Les accidents de l'opération sont l'hémorrhagie, les troubles nerveux, l'inflammation et la suppuration du tissu cellulaire du bassin, la péritonite et la phlébite.

1° L'*hémorrhagie* a été observée par MM. Velpeau et Pinault; la ligature, le tamponnement, la cautérisation par le fer chauffé à blanc, l'eau froide, dont on imbibe une éponge (M. Lisfranc), ou l'eau froide en irrigation (MM. Begin et Vidal, de Cassis), sont les remèdes qu'on lui opposera.

2° Les *troubles nerveux,* tels que coliques, borborygmes, épreintes, hoquets, nausées, vomissements, dysurie, ténesme de la vessie, envies fréquentes et inutiles d'aller à la selle, frisson général, se sont déclarés quelquefois immédiatement après l'opération ; cette circonstance permet de les distinguer de la péritonite, qui ne se montre qu'après le développement de l'inflammation, et est en outre caractérisée par le ballonnement de l'abdomen et la vive douleur réveillée par la pression.

3° *Inflammation et suppuration du tissu cellulaire du bassin.* — Deux femmes opérées par M. Lisfranc ont été victimes de cet accident. A l'autopsie de l'une d'entre elles, on trouva que l'aponévrose moyenne du périnée avait été divisée à son insertion au coccyx, et que l'inflammation du tissu cellulaire s'était étendue le long de la colonne vertébrale jusqu'au-dessous des reins (M. Vidal, de Cassis).

4° *Péritonite.* — L'inflammation du péritoine est d'autant plus à redouter, qu'on est obligé de retrancher une plus grande portion du rectum ; elle peut dépendre de la lésion directe du péritoine par l'instrument tranchant, et alors elle est promptement mortelle, ou de l'inflammation qui lui est transmise par la contiguïté des tissus divisés. M. Vidal (de Cassis) cite deux cas où les opérés succombèrent promptement à cet accident.

5° *Phlébite.* — Cette affection s'est montrée quelquefois à la suite de l'extirpation du rectum. Un opéré de M. Velpeau en mourut ; et dans une observation de M. Pinault, on voit que la plupart des veines du bassin contenaient du pus, et que leur membrane interne était tapissée d'une couche albumineuse facile à détacher ; M. Velpeau a perdu un malade mort d'épuisement ; et dans un autre cas il se forma une fistule recto-vaginale.

Incontinence des matières. — L'opération de Faget eut les meilleurs

résultats. Presque tout le sphincter avait été enlevé, et cependant la défécation conserva sa régularité. Le malade avait la faculté de retenir à volonté les matières solides et liquides, et même les gaz. Il n'en est pas toujours de même : deux opérés, l'un de M. Laisné, l'autre de M. Velpeau, ont été affectés d'incontinence; M. Cruveilhier a trouvé la même infirmité chez une femme opérée par M. Lisfranc; M. Malgaigne a eu un malade dont les selles était volontaires et pouvaient être retardées quelques instants. La constipation a été la suite de l'opération chez un malade de M. Jobert, mais cela tenait à la formation du tissu inodulaire. M. Lisfranc croit que l'extirpation change rarement l'excrétion naturelle des matières, et il l'explique 1° par la disposition en forme de Z, représentant le canal qui des téguments conduirait à l'intestin excisé ; 2° par la contraction physiologique de l'extrémité supérieure du rectum, mentionnée par M. O'Beirne; 3° par la découverte d'un sphincter supérieur faite par M. Nélaton et décrit par M. Velpeau.

La statistique de l'extirpation du rectum n'offre pas un résultat favorable. Des six sujets opérés par M. Velpeau, l'un est mort de phlébite, un autre d'épuisement le septième jour, un troisième d'hémorrhagie interne, le quatrième et le cinquième ont été guéris, le sixième est tombé dans le marasme avec une incontinence des matières fécales. Au mois d'août 1829, selon la thèse de M. Pinault, sur neuf opérations, M. Lisfranc comptait cinq succès, un demi-succès et trois morts; M. Vidal (de Cassis) rapporte que, depuis, deux de ces opérés sont morts d'accidents consécutifs, l'un à la Salpêtrière, l'autre à Bicêtre. M. Ricord a perdu un malade à la suite de l'opération. M. Malgaigne en a guéri un à qui il avait enlevé la demi-circonférence postérieure du rectum à la hauteur de 82 millimètres ; quelques-uns ont aussi été sauvés par M. M.-V. Mott, selon M. Laugier. En résumé, l'appréciation des conséquences de cette opération, d'après les faits connus, démontre qu'elle est très-grave : en effet, un tiers des malades a sucombé à des accidents primitifs; plusieurs à des affections consécutives; elle doit toutefois être conservée dans la pratique, dans les

cas où la région anale seule est atteinte, où le cancer est encore borné aux parois intestinales; mais il faudrait s'en abstenir si la maladie avait gagné le tissu cellulaire extérieur, et avait produit des adhérences intimes avec les organes voisins, ou si elle s'étendait trop haut dans l'épaisseur des parois du rectum, parce qu'il y a danger de blesser le péritoine (M. Laugier). M. Pinault assure qu'il est très-difficile de séparer le rectum de la prostate dont la couleur et la consistance sont semblables à ceux du squirrhe. Quelles que soient du reste ces difficultés, l'opération n'est pas contre-indiquée chez l'homme quand le cancer ne s'élève pas à plus de 2 pouces (54 millimètres), et qu'il ne s'étend pas trop profondément en épaisseur (M. Vidal, de Cassis).

Chez la femme, on doit s'abstenir rigoureusement de toute opération, quand, avec le doigt introduit dans le vagin, on reconnaît que la cloison est envahie par le cancer, ou quand il n'est pas possible de reconnaître son épaisseur, puis dans tous les cas où la cachexie se montre (M. Vidal, de Cassis).

Extirpation des tumeurs cancéreuses du rectum et de l'anus.

Parmi les différentes opérations qui servent à combattre la rétention des matières fécales, et que j'ai examinées sous le nom de moyens palliatifs, j'ai dit que l'excision consistait à émonder les bourgeons d'une surface cancéreuse, et n'avait qu'un effet éphémère sur la dilatation du rectum ou de l'anus; mais on peut rendre cet effet durable, obtenir une cure définitive en enlevant la tumeur entière par une dissection habile, qui épargne les tuniques du rectum, ou au moins n'intéresse que quelques points de ses parois. Cette ablation exige une grande dextérité et des précautions minutieuses pour enlever toute la tumeur sans comprendre les tissus du rectum ou de l'anus. Le procédé opératoire pour ces sortes d'extirpations n'a pas de règles fixes, et reçoit des modifications dans chaque cas particulier. M. Bégin a fait connaître deux faits relatifs à l'extirpation de ces tumeurs : un vieillard de soixante-cinq ans présentait un cancer occu-

pant environ la moitié gauche de la circonférence anale et s'élevant à 8 ou 9 centimètres de hauteur. M. Bégin fit construire un gorgeret en tôle d'acier, dont le sommet présentait six dents aiguës destinées à être enfoncées dans les tissus au-dessus de la tumeur. La concavité du gorgeret était occupée par un mandrin en bois recouvrant les extrémités des dents pour que l'instrument pût s'introduire sans blesser les parties saines de l'intestin. La tumeur fut cernée par une incision semi-lunaire partant de la partie postérieure du rebord de l'anus à quelque distance des tissus altérés et venant rejoindre en avant l'ouverture anale. Dans un autre cas, M. Bégin employa la pince de Museux pour attirer la tumeur, qu'il détacha également par une incision ovalaire. M. Lisfranc (*Gaz. méd.,* 1836, p. 28), n'ayant pu enlever toutes les portions altérées d'une tumeur cancéreuse, du volume d'une noix, située très-haut dans le rectum, implanta une érigne dans les tissus sains, et par des tractions graduelles aidées par les efforts du malade, il parvint à amener la tumeur à l'orifice du rectum où elle fut complétement déracinée.

Si la tumeur occupait la partie antérieure du rectum au niveau de la prostate, il ne faudrait pas opérer, parce qu'il est impossible de constater que l'altération se borne à la muqueuse.

Anus artificiel.

De tous les accidents du cancer du rectum, le plus grave et le plus dangereux, sans contredit, est la suspension plus ou moins durable, plus ou moins complète, du cours des matières fécales. Le rétrécissement cancéreux de l'intestin demeure rarement stationnaire; il est presque toujours rapidement progressif, et, malgré tous les efforts du médecin, il devient quelquefois assez intense pour fermer toute issue aux fèces et même aux vents. Les matières s'accumulent alors au-dessus de l'obstacle, fermentent, donnent lieu à des produits gazeux qui distendent le tube intestinal, et lui donnent un développement énorme qui peut produire sa rupture dans les points affaiblis; en outre, les borborygmes, les coliques,

le hoquet, les nausées et les vomissements stercoraux, plongent le malade dans un état d'épuisement et d'anxiété inexprimable, et il ne tarde pas à succomber, victime des tourments les plus atroces, si, par une opération extrême on ne parvient pas à pratiquer au-dessus du point rétréci une voie anormale pour débarrasser complétement la masse intestinale de la rétention des matières accumulées. Cette opération n'a aucune prise sur le cancer, et ne peut préserver le malheureux malade de ses progrès ultérieurs nécessairement mortels. L'espoir de faire fléchir les accidents du cancer en le mettant à l'abri des irritations qu'il subit par le passage des matières, serait chimérique et illusoire, puisque les cancers extérieurs, naturellement préservés d'un pareil contact, poursuivent invariablement leur marche fatale, et aboutissent à une terminaison funeste. Placé entre la triste nécessité de demeurer spectateur impuissant de l'agonie du malade, ou de l'arracher à des souffrances cruelles avec la certitude de le voir périr plus tard par les progrès d'un mal incurable, le chirurgien devra se prémunir de l'avis de ses confrères, et mettre sa responsabilité à couvert avant de rien entreprendre. Si la constitution n'est pas altérée par la souffrance et la débilité, si elle est exempte de l'anémie et de l'émaciation qui caractérisent un cancer très-avancé, si le malade paraît devoir vivre encore quelque temps sans trop de tourment, l'opération le soulagera sur-le-champ, et ce bénéfice temporaire sera suffisant pour en justifier l'exécution ; mais, lorsque la cachexie cancéreuse est arrivée à un haut degré, lorsque les forces du malade sont minées par les douleurs et par le dévoiement, lorsque l'opération peut compromettre immédiatement son existence ou prolonger tout au plus son état languissant pendant quelques heures ou quelques jours, il faut s'abstenir rigoureusement de créer un anus artificiel d'une utilité si équivoque et si contestable.

Il existe deux méthodes différentes pour ouvrir un passage accidentel aux matières retenues dans l'intestin :

1° Dans l'une, on pénètre dans la cavité abdominale par la section

du péritoine et on crée l'anus sur le plan antérieur du corps, *c'est la méthode de Littre.*

2° Dans l'autre, on arrive sur l'intestin par la région lombaire et on l'ouvre sur un point qui se trouve en dehors du péritoine; l'anus est établi sur le plan postérieur du corps, *c'est la méthode de Callisen.*

L'opération selon la méthode de Littre a été pratiquée dans plusieurs cas de rétention des matières fécales, due soit à une imperforation congénitale du rectum, soit à un rétrécissement acquis de cet intestin, et dans ces exemples les trois portions du colon ont servi à l'établissement de l'anus artificiel. Quand on pourra prendre un lieu d'élection, il sera préférable d'ouvrir l'S iliaque du colon. Je ferai remarquer que les chances de succès doivent être bien rares dans une opération aussi grave, et personne, je pense, ne sera tenté d'en faire un moyen curatif en imitant l'exemple de M. Reybard, de Lyon, qui, le 2 mai 1833, enleva 80 millimètres du cylindre du colon sigmoïde et du mésocolon correspondant; puis, par un procédé particulier de suture à surjet, réunit les deux bouts de l'intestin, et le replaça ainsi dans l'abdomen, dont la plaie extérieure fut réunie par quelques points de suture. La guérison eut lieu cependant; mais, six mois après, une nouvelle tumeur s'était formée au même point, et deux mois plus tard le malade succomba.

L'opération selon la méthode de Callisen a été également mise en pratique par plusieurs chirurgiens; mais elle était complétement abandonnée quand M. Amussat est venu la réhabiliter dans ces derniers temps.

Il serait utile de savoir quelle est la méthode, celle de Littre ou celle de Callisen, la plus avantageuse pour la formation de l'anus artificiel. Avant la publication des travaux de M. Amussat, la méthode de Littre était généralement préférée à celle de Callisen, à peu près regardée comme impraticable. Réhabilitée par des succès incontestables et par l'espoir séduisant d'éviter la péritonite, l'opération de Callisen fut mise en parallèle avec celle de Littre, et déclarée infiniment plus favorable par son habile promoteur. Sans aucun doute, il

faudrait la mettre en première ligne s'il était bien prouvé que le colon lombaire est toujours dépourvu de mésocolon, et qu'on peut ouvrir facilement sa face postérieure entre les replis péritonéaux ; mais cette disposition anatomique est loin d'être constante : dans l'enfance, le péritoine forme quelquefois une gaîne complète au colon, et ses deux lames s'adossent pour faire un repli libre et flottant, qui peut se maintenir jusque dans l'âge adulte. Sabatier, Boyer et M. Cruveilhier ont constaté l'existence de ce mésocolon. Duret, avant de pratiquer un anus artificiel à un enfant imperforé, fit un essai opératoire sur le cadavre d'un enfant mort à quinze jours, devant une assemblée de médecins convoqués en consultation. L'incision du colon sigmoïde fut faite à la partie latérale gauche, et à l'ouverture de l'abdomen on trouva cette partie de l'intestin enveloppée par la séreuse, qui lui formait un mésentère parfaitement lâche et flottant, ce qui fit rejeter l'opération proposée sur ce point. M. Amussat a toujours rencontré un intervalle celluleux libre entre les lames mésentériques du colon lombaire ; il est vrai que cet espace est quelquefois très-étroit. Dans une plaie aussi profonde que celle qu'exige la méthode de Callisen, M. Vidal (de Cassis) se demande comment on pourra reconnaître un interstice quelquefois si peu apparent, et se mettre à l'abri de la lésion du péritoine. Il ajoute que la péritonite consécutive sera encore le résultat nécessaire du tiraillement et du décollement de la séreuse, par suite des manœuvres opérées pour fixer l'intestin dans la plaie. Toutefois, il me semble juste d'admettre qu'il y a avantage réel d'éviter la péritonite primitive, c'est-à-dire inévitable à la suite de la section du péritoine dans la méthode de Littre. Si, dans quelques cas, on est exposé à blesser la séreuse dans la méthode de Callisen, il est indubitable qu'on peut éviter cet accident chaque fois que l'espace celluleux est bien ouvert ; d'un autre côté, si le mésocolon manque le plus fréquemment, disposition ordinaire, en effet, dans l'âge mûr, qui est particulièrement sujet au cancer du rectum, il y aura un bénéfice positif à pénétrer dans l'intestin par une voie exempte du danger d'une péritonite immédiate.

Un autre inconvénient de la pratique de Callisen consiste dans la difficulté de bien reconnaître le colon : la couleur de ce dernier intestin est verdâtre, tandis que l'intestin grêle est jaune ; les vaisseaux de l'intestin grêle sont disposés, entre les lames du mésentère, en une série d'arcades anastomotiques dont le volume diminue graduellement jusqu'au bord adhérent de l'intestin. Dans le colon, au contraire, on rencontre une arcade unique, qui rampe sur la lame interne du péritoine; ensuite le colon offre encore trois bandelettes musculaires longitudinales caractéristiques du gros intestin, et c'est toujours entre les bandelettes interne et externe que se trouve l'espace celluleux libre du péritoine, indiqué par M. Amussat dans le colon lombaire. On pourrait donc se fier à l'existence de ces signes anatomiques pour opérer avec sécurité. Mais, au fond d'une plaie si longue et si étroite, où tous les tissus sont masqués par le sang, ce caractère important sera rarement visible ; et comment alors se décider à ouvrir l'intestin sans une notion aussi essentielle ? On peut encore s'éclairer par la percussion de l'intestin et l'injection d'une certaine quantité de liquide par l'anus. Quand l'intestin est complétement fermé et ne livre aucun passage aux lavements, l'opérateur est réduit aux seules lumières de la percussion. Ce moyen isolé doit toujours laisser de grands doutes. Lorsqu'on pourra triompher de tous ces obstacles et préserver le malade d'une péritonite toujours si dangereuse, il restera à indiquer les résultats consécutifs. Dans la méthode de Callisen, l'anus artificiel, situé sur le plan postérieur du corps, est sujet à une incommodité beaucoup plus grande dans l'entretien de la propreté, tandis que celui de Littre, placé au devant du corps, à la portée des mains du malade, se prête plus facilement aux fréquents besoins de l'exonération, aux soins hygiéniques et aux différents mouvements du corps. Les avantages du résultat opératoire sont à peu près balancés dans les deux méthodes ; en retranchant les insuccès dus de chaque côté à des complications étrangères à l'opération, M. Vidal (de Cassis) trouve quatre succès sur cinq cas dans la méthode

de Callisen, et trois succès sur quatre cas dans celle de Littre. Ce même auteur s'exprime ainsi à la fin du parallèle des deux méthodes :

« Somme toute, rien ne démontre encore que la méthode de Callisen doive être préférée à celle de Littre. Les faits sincères, complets, n'ont pas encore assez parlé pour résoudre définitivement la question. Le raisonnement serait plutôt en faveur de la méthode de Littre, et les autorités sont contre celle de Callisen. »

Je terminerai ma question par une seule remarque : quelle que soit la valeur relative des deux méthodes dans la création de l'anus artificiel, cette opération ne peut jamais guérir le cancer du rectum ni sauver le malade ; elle suspend les graves accidents de la rétention des matières fécales, et, quand elle est heureuse, elle prolonge ~~le terme de~~ l'existence pendant quelque temps.

QUESTIONS

SUR

LES DIVERSES BRANCHES DES SCIENCES MÉDICALES.

Physique. — Des effets de la pile sur l'économie animale par commotion ou par des courants.

Chimie. — Du sous-acétate de plomb.

Pharmacie. — Des rapports et des différences qui existent entre les eaux minérales naturelles et les eaux minérales factices.

Histoire naturelle. — Caractères de la famille des rhamnées.

Anatomie. — Des vaisseaux artériels qui se distribuent aux diverses portions du canal digestif.

Physiologie. — Des fonctions du nerf facial.

Pathologie externe. — Des différents moyens proposés pour obtenir la réduction des hernies récentes et des hernies anciennes.

Pathologie interne. — Diagnostic différentiel des hémorrhagies qui se font par la bouche.

Pathologie générale. — Des signes fournis par les matières expectorées dans les maladies.

Anatomie pathologique. — Du ramollissement gélatiniforme de l'estomac et des intestins.

Accouchements. — De la grossesse extra-utérine.

Thérapeutique. — Dans quelles maladies doit-on administrer les eaux minérales sulfureuses à l'intérieur et à l'extérieur ?

Médecine opératoire. — De l'opération de l'hydrocèle.

Médecine légale. — De la détermination des âges en général.

Hygiène. — Des tempéraments considérés dans leur rapport avec la société.